

A magyar egészségügyi szolgáltatások nyújtásának jogi szabályozása

Doktori értekezés

Írta: dr. HOMICKÓ ÁRPÁD OLIVÉR

Témavezető: PROF. DR. HAJDÚ JÓZSEF

**Szegedi Tudományegyetem
Állam- és Jogtudományi Kar
Doktori Iskola
A Doktori Iskola vezetője: PROF. DR. NAGY FERENC**

Budapest, 2008.

I. BEVEZETŐ	4
II. A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER IGAZGATÁSI SZERVEZETE	13
2.1 AZ ÁLLAM FELELŐSSÉGE A LAKOSSÁG EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTÁÉRT	13
2.1.1. BEVEZETŐ.....	13
2.1.2. KÖVETKEZTETÉSEK	21
2.2. AZ EGÉSZSÉGÜGYI IGAZGATÁS SZERVEZETRENDSZERE.....	22
2.2.1. A KÖZHATALMI SZERVEK SZEREPE AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK TERÜLETÉN.....	22
2.2.2. AZ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÓ SZABÁLYOZÓ SZEREPE.....	34
2.2.3. A HELYI – TELEPÜLÉSI ÖNKORMÁNYZATOK SZEREPE AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN	41
III. AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK ELLÁTÁSI SZINTJEINEK JOGI SZABÁLYOZÁSA	54
3.1. AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK RENDSZERE	54
3.1.2. AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK MŰKÖDÉSÉNEK SZINTJEI:	57
3.1.3. AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK SZAKMAI KÖVETELMÉNYEI	62
3.2. AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÓK GAZDÁLKODÁSI FORMÁI.....	64
3.3. AZ ALAPELLÁTÁS	73
3.3.1. BEVEZETŐ.....	73
3.3.2. AZ ALAPELLÁTÁSHOZ TARTOZÓ ELLÁTÁSOK.....	74
3.3.3. AZ ÖNÁLLÓ HÁZIORVOSI TEVÉKENYSÉG	78
3.3.4. FOLYAMATOSAN HOZZÁFÉRHETŐ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS.....	84
3.3.5. A HÁZIORVOSI TEVÉKENYSÉG JELLEMZŐI.....	88
3.3.6. A BETEG-UTAK KOORDINÁCIÓJA	92
3.3.7. A HÁZIORVOSI ÉS A KÓRHÁZI SZAKORVOSI SZEREP KÜLÖNBÖZŐSÉGEI.....	96
3.4. A SZAKELLÁTÁSOK RENDSZERE	98
3.4.1. BEVEZETŐ.....	98
3.4.2. A JÁRÓBETEG-ELLÁTÁS	99
3.4.3. A SZAKELLÁTÁS, MINT A HÁZIORVOSI KONZÍLIUM HÁTTERE	101
3.4.4. A FEKVŐBETEG-ELLÁTÁS	101
3.4.5. AZ INTENZÍV BETEGELLÁTÁS ELVI-SZERVEZÉSI KÉRDÉSEI	106
3.4.6. A NAPPALI KÓRHÁZI ELLÁTÁS BŐVÍTÉSÉNEK KONCEPCIÓJA	108
3.4.7. KÖVETKEZTETÉSEK	109
IV. AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK FINANSZÍROZÁSA.....	110
BEVEZETÉS	110
TÖRTÉNELMI ELŐZMÉNYEK: A BISMARCKI ÉS A BEVERIDGE MODELL, MINT KIINDULÁSI ALAP.....	110
4.1. AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSOK FINANSZÍROZÁSÁNAK KÉRDÉSEI	114
4.1.1. BEVEZETŐ.....	114
4.1.2. AZ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁSOK PIACÁNAK JELLEMZŐI ÉS SAJÁTOSSÁGAI	114
4.1.3. AZ EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZEREK MODELLVÁLASZTÁSA	118
4.1.4. KORMÁNYZATI KUDARCOK	121
4.1.5. AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSSAL KAPCSOLATOS ÁLLAMI FELELŐSSÉGVÁLLALÁS.....	123
4.1.6. A XXI. SZÁZAD KIHÍVÁSAI	126
4.1.7. AZ ÁLLAM ÁLTAL GARANTÁLT EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK	130
4.2. A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS FINANSZÍROZÁSÁNAK ÁLTALÁNOS SZABÁLYAI	134
4.2.1. BEVEZETŐ.....	134
4.2.2. AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÓK FINANSZÍROZÁSÁRA VONATKOZÓ JOGSZABÁLYI ELŐÍRÁSOK, A FINANSZÍROZÁSI SZERZŐDÉS:	134

4.2.3. A HÁZIORVOSI ELLÁTÁS KERETÉBEN VÉGZETT EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁS KONKRÉT FINANSZÍROZÁSÁRA VONATKOZÓ SZABÁLYOK:	140
4.2.4. A SZAKELLÁTÁSOK FINANSZÍROZÁSA, A SZAKELLÁTÁSOK TÍPUSAI ÉS AZOK FINANSZÍROZÁSA	148
4.3. AZ IRÁNYÍTOTT BETEGELLÁTÁSI MODELLKÍSÉRLET.....	158
4.3.1. BEVEZETŐ.....	158
4.3.2. AZ IRÁNYÍTOTT BETEGELLÁTÁSI RENDSZER ÉS ANNAK CÉLJA	158
4.3.3. AZ IRÁNYÍTOTT BETEGELLÁTÁSI RENDSZER FELÉPÍTÉSE.....	159
4.3.4. AZ ELLÁTÁSSZERVEZÉS SZEREPLŐI AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK RENDSZERÉBEN ...	160
4.3.5. AZ IRÁNYÍTOTT BETEGELLÁTÁSI RENDSZER MŰKÖDÉSE	164
4.3.6. KILÉPÉS AZ IRÁNYÍTOTT BETEGELLÁTÁSI RENDSZERBŐL.....	167
4.3.7. AZ IRÁNYÍTOTT BETEGELLÁTÁSI RENDSZER ELŐNYEI	168
4.3.8. A MODELL ÚTTÖRŐ ELEMEI	169

V. AZ EGÉSZSÉGÜGY ÁTALAKÍTÁSÁNAK SZÜKSÉGESSÉGE, AVAGY PRIVATIZÁCIÓ AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK FINANSZÍROZÁSA TEKINTETÉBEN.....

5.1. A MAGÁN-EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI PÉNZTÁRAK MŰKÖDÉSÉNEK ALAPJAI.....	171
5.1.1. BEVEZETŐ.....	171
5.1.2. AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓRENDSZER FELETT GYAKOROLT KONTROLL ESZKÖZEI	172
5.1.3. A MINŐSÉG, MINT ALAPTÉNYEZŐ A MAGÁNFINANSZÍROZÁS SZEMPONTJÁBÓL	173
5.1.4. KIHÍVÁSOK AZ EGÉSZSÉGÜGY FINANSZÍROZÁSI RENDSZER MODERNIZÁCIÓJA SORÁN, JAVASLATOK.....	181
5.2. A KÖTELEZŐ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSRÓL ÉS A KÖTELEZŐ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI PÉNZTÁRAKRÓL SZÓLÓ TÖRVÉNY KONCEPCIÓJA	191
5.2.1. BEVEZETÉS	191
5.2.2. A TÖRVÉNYI SZABÁLYOZÁS ALAPELVEI.....	191
5.2.3. A TÖRVÉNY HATÁLYA	192
5.2.4. AZ ÚJ MAGYAR EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS SZERVEZÉSÉNEK ALAPELVEI	192
5.2.5. A KÖTELEZŐ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI RENDSZER SZEREPLŐI A KÖVETKEZŐK LETTEK VOLNA: .	193
5.2.6. AZ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI RENDSZER ÁTALAKÍTÁSÁVAL EGYIDEJŰLEG RENDEZNI KELLETT VOLNA AZ ALÁBBI KÉRDÉSEKET:	193
5.2.7. A BIZTOSÍTÁSI RENDSZERBEN SZEREPLŐ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÓK, A SZOLGÁLTATÓKKAL KÖTÖTT SZERZŐDÉSEK TÍPUSAI	197

VI. ÉRTEKEZÉSEM ÖSSZEGZÉSE.....

A magyar egészségügyi szolgáltatások nyújtásának jogi szabályozása

I. Bevezető

Az egészségügyi szolgáltatások szempontjából az egyes egészségügyi ellátások nyújtásának jogi szabályozásának bemutatása összetett és bonyolult vizsgálati eljárást tesz szükségessé. Az egészségügyi ellátórendszer működése ugyanis több szempontból is behatárolt. A jogi szabályozás bemutatása során szükséges az egészségügyi szolgáltatásokat érintő gazdasági folyamatok és törvényszerűségek kiemelése ezen behatárolás szempontjából, amelyek elemzése szükséges a jogi szabályozás bemutatásához. Ugyanakkor nem szabad megfeledkezni arról sem, hogy az egészségügyi rendszerek működése szempontjából jelentősége van egy adott ország társadalmi berendezkedésének is, a demográfiai körülményeknek, a történelmi hagyományoknak és a közigazgatási rendszernek is. A fentieknek megfelelően az elemzésem során négy nagy egységet helyeztem a középpontba annak érdekében, hogy a jogi szabályozás aspektusából vizsgáljam az egészségügyi szolgáltatásokat.

1. A témaválasztás indokai, célkitűzések:

Jelen értekezés elsődleges célja, hogy megkísérelje az egészségügyi szolgáltatások nyújtásának jogi szabályozását bemutatni. A jogi szabályozás mellett azonban figyelemmel kell lenni a demográfia, a szociológiai és a közgazdaságtani elvekre is. Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásának jogi szabályozási területe nehezen behatárolható, értekezésemben azonban megvonnom a határokat. Hazánkban az egészségügyi szabályozás kérdéskörével elsősorban a közgazdászok foglalkoznak. Célkitűzésem ezért is újszerű, mivel megpróbáltam leírni azokat a szempontokat, amelyeket a jogi szabályozás szempontjából kiindulópontnak lehet tekinteni. Természetesen a közgazdasági háttér ismerete nélkül a jogi szabályozás bemutatása nem lenne lehetséges. Magyarországon az egészségügyi szabályozás jogi oktatásának nincs kialakult gyakorlata, szemben Franciaországgal, ahol önálló tudományterületként van jelen. Értekezésem a magyar egészségügyi jogi szabályozásra terjed ki, a nemzetközi ismeretekre csak utalások történnek. Céлом ezzel az, hogy felhívjam a figyelmet egy önálló egészségügyi jogi diszciplína megteremtésére.

Jelen dolgozat célkitűzése továbbá az egészségügyi szolgáltatások nyújtásakor irányadó szabályozási keretek meghatározása. A tényleges ismert szabályösszességből ennek során kiemelten kerül elemzésre az egészségügyi szolgáltatások rendszere szempontjából az alapellátás, a járóbeteg ellátás és a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás. Az általam választott megközelítés kettős: egyrészt az egészségügyi szolgáltatások nyújtásának jogi szabályozása szempontjából meghatározó jelentőségű szereplők bemutatása, másrészt magának az egészségügyi szolgáltatóknak a jellemzése. Ismertetem az egészségügyi szabályozás jelen állása szerint elfogadott legfontosabb tudományos eredményeket, amelyek meggyőződésem szerint a jogi megoldások vizsgálatában is szerepet kell, hogy játszanak. Az egészségügyi kutatás társadalomtudományi eredményeit a jogászok kevésbé ismerik, s még kevésbé veszik azt figyelembe.

2. Az értekezés szerkezete, módszerei:

Az első vizsgálati szempont a jogi szabályozás szempontjából a kialakult közigazgatási struktúrának a bemutatása volt, tekintettel arra, hogy minden állam legfontosabb szerepköre a szabályozásban foglalható össze. Az egészségügyi szolgáltatások jogi szabályozásának középpontjában az állam, mint szabályozó szereplő van jelen. Az állam feladata, hogy kialakítsa azt az egészségügyi szolgáltató rendszert, amelyben az egészségügyi ellátás nyújtásáról gondoskodik. Az állam nem vonulhat ugyanis ki az egészségügyi ellátások megszervezésének és szabályozási kereteinek megalkotásának területéről. Értekezésem első fejezete ezért a közhatalmi-államhatalmi szereplőket mutatja be, tekintettel arra, hogy a szabályozási keretek itt kerülnek kialakításra, itt kerül meghatározásra az, hogy milyen rendszertani elvek irányadóak az ellátásszervezés során. Az első fejezetben leíró-dogmatikai elemző módszerrel mutatom be azokat a szereplőket és kérdéseket, amelyekre a szabályozó hatóságnak a szabályozáskor figyelemmel kell lennie.

A második fejezet mutatja be azokat a szereplőket (alapellátás, járóbeteg-ellátás és fekvőbeteg-ellátás), akikre az ellátásszervezés irányul, akiknek a működését az ellátásszervezés konkrétan érinti. Tekintettel arra, hogy az egészségügyi szolgáltatások rendszere csak összefüggésében vizsgálható, részletesen elemzem az alapellátást, mint kiindulási alapot. Ennek az is az indoka, hogy meglátásom szerint az alapellátás rendszerének nagyobb szerepet kellene kapnia a mai magyar egészségügyi szolgáltatások rendszerében. Ezt követően az alapellátást követő járóbeteg ellátás rendszerét elemzem. Bemutatásra kerül a fekvőbeteg ellátás rendszere is az értekezésben. Külön kitérek a betegutak koordinációjának kérdésére, tekintettel arra, hogy ennek jelentősége nem hagyható figyelmen kívül egy

hatékonyan működő és működtetett egészségügyi rendszerben. Önálló egységben szerepel az egynapos beavatkozások rendszere, mint lehetőség a jogalkotó számára a rutinszerű beavatkozások elvégzésére. A fejezet részben leíró-dogmatikai elemzés, részben kritikai-javaslattevő módszerrel készült.

A harmadik fejezet a finanszírozás oldaláról közelíti meg az egészségügyi szolgáltatások nyújtását, bemutatva, hogyan történik a pénzügyi fedezet biztosítása az eltérő szolgáltatási szintek szempontjából. Egyrészt az általános alapvetéseket tartalmazza, amelyek minden egészségügyi ellátó rendszer kialakításakor figyelembeveendő, másrészt ismertettem a konkrét szabályozást, majd ebben a fejezetben kerül bemutatásra a Magyarországon 1999-ben kialakításra került, és azóta is fontos szerepet betöltő Irányított Betegellátási Modellkísérlet is. Ez a fejezet részben leíró, részben kritikai elemző módszerrel készült. Ez a fejezet segíti a megértést az új egészségbiztosítási törvény elemzése szempontjából is.

A negyedik fejezetben bemutatásra kerülő, új magyar egészségbiztosítási rendszer számos elemét tartalmazza az Irányított Betegellátási modellnek. A negyedik fejezet szintetizáló-elemző módszerrel kíséri meg olyan következtetések levonását, amelyek a jogalkotás számára hasznos támpontok lehetnek az egészségügyi szolgáltatások nyújtásának jogi szabályozása során. Jelen fejezet egyrészt bemutatja azokat a szabályozási elemeket, amelyekre tekintettel kell lenni, amikor az új egészségbiztosítás működését vizsgáljuk, másrészt pedig magát az új egészségbiztosítási rendszer elemeit kíséri meg elemző módszerrel bemutatni.

Az elemzés során tehát a kiindulópontjaim a magyar lakosság egészségi állapotában, az egészségügyi ellátás eloszlásában, hozzáférhetőségében, az egészségügyi források elosztásában és a teherviselésben meglévő szabályozási elemek voltak. A fő területek, amiket vizsgálat alá vontam **1)** a vezetési és irányítási módszerek (állami szereplők és az önkormányzatok), **2)** a szolgáltatói struktúra, **3)** a finanszírozás, valamint **4)** a fogyasztói attitűdök és elvárások.

Az egészségügyi szolgáltatások vonatkozásában megkülönböztethető a **1)** közszolgáltatások rendszere (az állam, az önkormányzat, egyházak, alapítványok működtetik őket), illetve a **2)** magánszolgáltatások rendszere (gazdasági társaságok működtetik). Léteznek **3)** vegyes szolgáltatású rendszerek, amikor a fenntartó intézmény közszolgálati szerv, de az általa

fenntartott intézményt a gazdasági szervezetekre irányadó formában működtetik.¹ A valóban minőségi szolgáltatások csak egyes társadalmi csoportok, vagy egyes betegségcsoportok részére biztosíthatók. Az egészségügyi szolgáltatások technikai és technológiai lehetősége messze túlhaladja a gazdasági korlátokat. A hozzáférhetőség, az esélyegyenlőség és a minőség együttesen még a legfejlettebb és leggazdagabb országokban is csak tendencia jellegűen érvényesül.

A fejlett országok egészségügyi rendszereinek általános problémája a rendszer fenntarthatóságának biztosítása. Az egészségbiztosítási fedezet finanszírozásának főbb forrásai tekintetében egyrészt a közfinanszírozás elemelhető ki, amelyben az egészségbiztosítás az állam által beszedett adókból, vagy a jövedelem arányos, célzott adókból, például társadalombiztosítási járulékból finanszírozott, másrészt a magán-egzségbiztosítás, amelyben egy definiált szolgáltatási körre irányuló szolgáltatás biztosításáról van szó, amely privát (nem jövedelem-függő) fizetésből (biztosítási díj) kerül kigazdálkodásra egy biztosító által létrehozott kockázatközösség keretein belül. A biztosítás tartalma általában előre szerződésben meghatározott a biztosított, illetve a biztosító között, amely a fizetés vagy az egészségügyi ellátásra vonatkozó fedezet módját és feltételeit rögzíti. A két alapvető finanszírozási mód sehol sem működik kizárólagos jelleggel. A magán-egzségbiztosítás szolgáltatások körében való részvétel többnyire szabadon választott, sok esetben munkakör függőek. Lehetséges kötelező, alap-magánbiztosítás, vagy kötelező magán-egzségbiztosítást kell kötniük azoknak a társadalmi csoportoknak, akik kilépnek a szociális rendszer szolgáltatásaiból. Létezik olyan megoldás, amelyben az egyén részére a szociális rendszer köz-egzségbiztosítás nyújt egy alapvető csomagra, ilyenkor a magán-egzségbiztosítás kiegészítő szolgáltatásokra specializálódott, olyan rizikókra nyújt fedezetet, amelyeket a köz- vagy alapvető biztosítási csomag nem tartalmaz. A nemzetközi szabályozást tekintve általánosságban elmondható, hogy az alap koncepció többségében az, hogy az egészségügy állami vagy egyéb közfinanszírozásból (biztosítás) finanszírozott és jellegét tekintve, minden lakos számára igyekszik hozzáférést biztosítani, a fizetési képességtől függetlenül. A vegyes rendszerekben a magán-egzségbiztosításnak különböző szerepe lehet a rendszer finanszírozásában. A közfinanszírozásból való kiengedés lehetősége, és a helyettesítő magánbiztosítás megkötésének lehetősége jelenleg nem prioritás egyik

¹ Józwiak-Hagymásy Judit – Dr. Hermann Dóra – dr. Udvaros István: Értékválasztás, prioritásképzés és rangsorolás a magyar egészségügyben. Egészségügyi Stratégiai Kutató Intézet, Budapest, 2006. május 15. http://66.102.9.104/search?q=cache:svIPdvYCY5YJ:www.eski.hu/new3/politika/zip_doc_2006/prioritas.pdf+%22eg%2C%A9szs%2C%A9g%2C%BCgyi+szerepl%2C%91k%22&hl=hu&ct=clnk&cd=25&gl=hu

ország egészségpolitikája számára sem. A kormányok célja többnyire a kötelező egészségbiztosítás fenntartása az egész társadalom számára. A kötelező szolgáltatások körének explicit csökkentése növelheti az igényt a kiegészítő biztosítások körének növekedésére, míg a kevésbé nyilvánvaló csökkenés lehet, hogy növeli a pótlólagos-biztosítások körét. Ugyanakkor megfigyelhető, hogy a kötelező társadalombiztosítási rendszerből egyes kockázatokat kizárnak a közfinanszírozás köréből (pl. extrém sportok, versenysport).

Az egészségügyi rendszerekre általában jellemző a szereplők (beteg, szolgáltató, finanszírozó) érdekeinek ellentmondásossága:

1) A beteg a legjobb szolgáltatást szeretné, de fizetni nem szeretne vagy tényleg nem képes érte;

2) A szolgáltató szektorban nonprofititás a jellemző, közellátási felelősséggel, a köztulajdonosi érdek meghatározása és a tulajdonosi számonkérés jellemzően politikailag motivált, szakmailag gyenge;

3) A finanszírozó állami - közjogias szabályozású - monopóliuma: puha költségvetési korláttal, hiányzó menedzsment ösztönzőkkel, erős politikai motivációkkal.²

Minden egészségügyi rendszerben egyre nagyobb mértékben igyekeznek versenyelemeket beépíteni, még akkor is, ha az adott egészségügyi rendszer alapvetően állami adóalapú, vagy társadalombiztosítási alapú. A piaci alapú, azaz érdekeltségeket tartalmazó elemek kedvező hatást gyakorolnak a működésre, a széleskörű ellátásra vonatkozó állami felelősségvállalás biztonságossá teszi az ellátást. Az egészségügyi rendszerek, bár a világon mindenhol eltérőek, közös elveken alapulnak. Ezek a szolidaritás, a méltányosság és az általánosság. A nemzeti rendszerek adottságaitól és az adott népegészségügyi kihívásoktól, valamint a belső piac és a közösségi szabályozók hatásaitól függ egy adott ország egészségügyi rendszere, ami miatt számos egyedi vonást tartalmaznak.³

² Józwiak-Hagymásy Judit – Dr. Hermann Dóra – dr. Udvaros István: Értékválasztás, prioritásképzés és rangsorolás a magyar egészségügyben. Egészségügyi Stratégiai Kutató Intézet, Budapest, 2006. május 15.

³ Dr. Sinkó Eszter – Dr. Evetovits Tamás: A magyar irányított betegellátási modellkísérlet jelentősége és értékelése; <http://www.eski.hu/new3/publ/eloadasok/2002/3evet/sld020.htm>

Az egészségügyi rendszer szereplői lehetnek:

- 1) Az egyén (biztosított, állampolgár, beteg, vásárló, fogyasztó);
- 2) Hozzájárulást begyűjtő szervezet (az állam, állami szerv, biztosítási alap) és a kifizetést végző szervezet (az állami, állami szerv, biztosítási alap) – lehet azonos, vagy különböző;
- 3) Szolgáltatók (alapellátás, járóbeteg ellátás, fekvőbeteg ellátás, magánszolgáltató, állami, önkormányzati, civil szervezet, egyházi fenntartású)

Az egészségügyi rendszer fenti, klasszikus értelemben vett szereplői mellett szokás megemlíteni a beszállító, zömében for-profit vállalkozásokat (pl. gyógyszer gyártók és forgalmazók).

Fontos szempont, hogy a betegek milyen szerepet tudnak az egészségügyi rendszerben betölteni. Alapvető célkitűzés az egészségügyi rendszereknél, hogy a betegképviseltek szerepe növekedjen a döntések előkészítésében, a betegek, mint választópolgárok rendszeresen érvényesítik a rendszerben sajátos szerepkörben kialakult élményeik alapján meghozott politikai akaratukat, valamint megjelenik a betegek elégedettségének hatása a szolgáltatások minőségének alakítására, továbbá általánossá válik a választási szabadság a szolgáltatók és a vásárlók (finanszírozók, biztosítók) között.⁴

Két olyan fő funkció van, amelyek betöltésének a módja meghatározó lehet az egészségügyi rendszerekben. Ezek közül az egyik a **szolgáltatásvásárlói szerepek** (szelekció lehetősége a szolgáltatók között ár, szakmai munka minősége, várakozási idő szerint), a másik pedig az **ellátásszervezői szerepek** (betegút tervezés, szolgáltatók feletti kontroll).

A szolgáltatásvásárlói szerepet betölthetik egyrészt a biztosítók (egybiztosítás rendszerek pl. Észtország, Szlovénia; több-biztosítás rendszerek pl. Hollandia, Szlovákia, USA), másrészt a szolgáltatók (pl. Anglia, GP Fundholding), harmadrészt pedig az állami szervezetek (pl. Anglia, Health Authority). Az ellátásszervezői szerepet betölthetik egyrészt a biztosítók (pl. USA, HMO-k, ezek szolgáltatók is egyben, illetve Németország curving out technika alkalmazása), másrészt pedig a szolgáltatók (pl. Magyarország, IBR; Anglia GP

⁴ Gaál Péter: Egészségügyi reform: problémák, okok és megoldási lehetőségek; <http://www.nemzetierdek.hu/download/1/Gaal.pdf>

Fundholding). A dolgozatomban az ellátásszervezés oldaláról közelítem meg az egészségügyi szolgáltatások nyújtásának jogi aspektusait.⁵

Ahhoz, hogy megértsük a magyar egészségügyi ellátórendszer jelenlegi működésének alapjait, három nagyobb időszakaszt kell megkülönböztetni. Az első időszak, ami 1990-ig tartott hazánkban, a globális költségvetés időszaka volt, amely az intézményrendszer szempontjából a kórház centrikusságot jelentette. A különböző technikák révén megállapított éves kórházi költségvetés gyakorlatilag a „Pénz kövesse a kórházat!” elv érvényesülését jelentette. Ennek a finanszírozásnak a hatására, illetve egyéb tényezők eredményeként a magyarországi kórházi ágyak száma kimagasló értéket ért el. A második időszak a teljesítmény jellegű finanszírozás időszaka volt (1990-es évektől a „Pénz kövesse a beteget!” elv érvényesült). Az 1990-es rendszerváltozás környékén fogalmazódott meg kritikai észrevételként, hogy teret kell adni a betegek mozgásának, és ha a beteg nem a számára területileg előírt kórházban szándékozik igénybe venni az egészségügyi ellátást, akkor a „Pénz kövesse a beteget!” elv érvényesüljön. Ennek megfelelően a finanszírozás is abba az intézménybe került, ahol a beteget ténylegesen ellátták. Mindezen folyamatok eredőjeként bevezetésre került a teljesítmény elvű finanszírozás, ami a járóbeteg-ellátásban a német pontok szerinti, míg az aktív fekvőbeteg szakellátásban a Homogén Betegségcsoportok (HBCs) alapján történő finanszírozást jelentette.

Mind a járó-, mind a fekvőbeteg-ellátásban jelentős teljesítmény emelkedés indult meg a teljesítmény elvű finanszírozás bevezetését követően. A következő fontos lépést az Irányított Betegellátási Rendszer megjelenése jelentette. Míg az előző két szakasz ugyanis a kórházra, illetve a betegre fókuszált, addig az Irányított Betegellátási Rendszer⁶, már a rendszerben résztvevő lakosságra koncentrált, vagyis nem várta meg, amíg a szervezőhöz tartozó lakosok akut megbetegedéssel kerülnek kórházba, hanem a prevenciós és gondozási tevékenység révén időben felismerte a betegségeket, és a gondozásba vétel révén, időben bevonta őket az ellátásba. A szervező tehát lehetőséget kapott arra, hogy a rá bízott forrásokat (fejkvóta szerinti bevétel) a merev egészségbiztosítási kasszahatárok rugalmas átlépésével kezelje. A jelentős szemléletmódbeli különbség eredményeként a beteg helyett az egészséges ember került a rendszer középpontjába. A hagyományos egészségügyi struktúrában az intézmény

⁵ Dr. Sinkó Eszter – Dr. Evetovits Tamás: A magyar irányított betegellátási modellkísérlet jelentősége és értékelése; <http://www.eski.hu/new3/publ/eloadasok/2002/3evet/sld020.htm>

⁶ Dental Press: Az irányított betegellátási rendszerről; <http://dentalpress.dental.hu/dental-hirek/aktualis/2005/3/az-iranyitott-betegellatasi-rendszerrol>

abban volt érdekelt, hogy minél több beteget, ezáltal több pont- és súlyszámot gyűjtsön. Ezzel ellentétben az Irányított Betegellátási Rendszerben már abban volt érdekelt a szervező, hogy egészségben tartsa a hozzá tartozó lakosságot.⁷ A 2008-ban életbe lépett, majd visszavont egészségbiztosítási pénztárak rendszere egy továbbfejlesztett változatát jelentette volna az Irányított Betegellátási Rendszernek.

Az irányított betegellátás szervezeti és működési koncepciója az Amerikai Egyesült Államokból, kisebb mértékben az Egyesült Királyságból származik, s bár azóta már számos országban megpróbálták azt átültetni a gyakorlatba, sehol se terjedt el az amerikaihoz hasonló mértékben. A magyar irányított betegellátási rendszer alapjai tehát az egyesült államokbeli managed care, illetve a brit GP Fundholding rendszerre épülnek.⁸

Az un. „managed care” modell az 1960-as évek közepétől az Egyesült Államokban honosodott meg, de később egyes változatai más országokban is (pl. Nagy-Britannia, Svédország, Finnország, Dánia, Hollandia, Spanyolország) követőkre találtak. A managed care szervezetek biztosítottjaiktól előre rögzített (fixált), egységes szolgáltatási csomagért egységes díjakat szednek, melynek fejében szolgáltatásokat nyújtanak, illetve vásárolnak.⁹ A betegek az egészségügyi szolgáltatóknak csak egy meghatározott, az adott szervezettel szerződött csoportját kereshetik fel, azoknál vehetik igénybe az ellátást. Minél költségesebb beavatkozásra kerül sor az ellátás során, annál szorosabb kontroll vigyázza a költségeket, ellenőrzi az indokoltságot.

A GP Fundholding¹⁰ (Anglia) rendszerben egy háziorvos csoport a központi pénzalapból fejkvóta alapján leutalt összegből gazdálkodik, azaz szolgáltatásokat nyújt és vásárol. A háziorvos csoport a hozzá bejelentkezett betegek számára mindazon szolgáltatásokat megvásárolja, amelyeket saját maga vagy az orvos-csapat nem tud nyújtani, így pl. a kórházi ellátást, gyógyszert, stb.¹¹ A magyar Irányított Betegellátási Modellkísérlet megteremtette

⁷ Egészségpolitika: Ellátásszervezés helyett térségi egészségfejlesztés. IME III. ÉVFOLYAM 6. SZÁM 2004. SZEPTEMBER. http://biloba.hu/ime/2004_10/20_22.pdf

⁸ Dr. Sinkó Eszter – Dr. Evetovits Tamás: A magyar irányított betegellátási modellkísérlet jelentősége és értékelése; <http://www.eski.hu/new3/publ/eloadasok/2002/3evet/sld020.htm>

⁹ Tudni kell azonban, hogy ez olyan országban jött létre (USA), ahol nincs társadalombiztosítás, és piaci alapon szerveződik az ellátás.

¹⁰ A GP Fundholding rendszert az „NHS Community Care Act 1990” vezette be az Egyesült Királyságban. Magyarra fordítva talán a forráskezelő háziorvos (General Practitioner fundholder) fogalommal lehet visszaadni az angol kifejezést. E reform számos elemet tartalmazott, melyek közül kiemelendő az egészségügyi szolgáltatások nyújtásának és vásárlásának különválasztása volt.

¹¹ A GP Fundholding rendszerben a háziorvos nem csupán a klasszikus alapellátás nyújtásáért kapja meg a pénzt, hanem ezt kiterjesztik egyéb szolgáltatásokra is, s ezen összeget a háziorvos kezeli. Így a kórházakkal történő szerződéskötés alapján különböző vizsgálatokra küldheti betegét, járóbeteg ellátást kérhet, kezelheti a ráeső

hazánkban is az ellátásszervezőt.¹² Olyan „multidiszciplináris egészségügyi menedzsment” kialakítására ösztönzött, amely érdekelt volt a források jobb felhasználásában, a közpénzeket sajátjaként kezelte, ezért optimalizálni tudta a beteg kezelését és a beteg útját az egészségügyi ellátás teljes vertikumában.¹³

Tekintettel a demográfiai és társadalmi változásokból fakadó szükségletnövekedésre és a technológia fejlődésre, az egészségügyi rendszer feszültségei Magyarországon is folyamatosan nőnek. Ezért be kell látni, hogy az egészségügyi rendszer feszültségei a jelenleg rendelkezésre álló forrásokból, a jelenlegi társadalmi elvárások mellett az ellátórendszer adott szerkezetben és a jelenlegi finanszírozási rendszerben nem oldhatók meg. Ennek megoldására született meg az új egészségbiztosítási pénztár törvény is, amelynek megértéséhez szükséges elemezni a magyar egészségügyi rendszer sajátosságait. Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásának jogi szabályozását az ellátásszervezői oldal felől közelítem meg.

gyógyszerár támogatási keret egy részét. Az esetlegesen keletkező megtakarításokat pedig a praxis fejlesztésére használhatja fel szigorú szabályok szerint.

¹² Népszabadság: Ellátásszervezés: vegyes tapasztalatok; <http://www.nol.hu/cikk/319646/>

¹³ Gaál Péter: Egészségügyi reform: problémák, okok és megoldási lehetőségek; <http://www.nemzetierdek.hu/download/1/Gaal.pdf>

II. A magyar egészségügyi rendszer igazgatási szervezete

2.1 Az állam felelőssége a lakosság egészségi állapotáért

2.1.1. Bevezető

Dolgozatom első részében bemutatom az állam, illetve a közhatalmi szereplők feladatait az egészségügyi ellátás megszervezésében. Célom annak bemutatása, hogy az államnak nélkülözhetetlen szerepe van abban, hogy a szabályozási keretek kialakításával biztosítsa az egészségügyi szolgáltatások nyújtását. Az egészségügyi szervezeti struktúra kialakítása a szabályozási keretek biztosításával a világon mindenhol az állam feladata. Ennek során azonban mindenkor figyelemmel kell lenni egy adott ország társadalmi és gazdasági berendezkedésére, valamint az adott országban kialakult közigazgatási szervezési elvekre. Ebben a fejezetben tehát az állami-közhatalmi szereplők feladatainak elemzését készítettem el, figyelembe véve a magyar közigazgatási struktúra jellemzőit.

Kiindulópontként fontos, hogy az egészségügyi rendszer és az egészségügyi ellátórendszer között különbséget tegyünk. Az egészségügyi rendszer az Egészségügyi Világszervezet álláspontja¹⁴ szerint minden olyan tevékenység, amelynek elsődleges célja az egészség előmozdítása, illetve az egészségi állapot helyreállítása, vagy stabilizálása.¹⁵ Az egészségügyi rendszer a tágabb kategória, ebbe beletartozik az egészségüggyel kapcsolatos valamennyi olyan rendelkezés, amely valamiféleképpen az egészséggel kapcsolatos, például az egészséges életmód, az egészséges környezet és a betegségek kialakulásának a megelőzése. Az egészségügyi rendszer jelenti a finanszírozási és az igénybevételi szabályrendszert is. Az egészségügy feladatrendszere meg van osztva az állam és annak szervei, az önkormányzatok és az egészségbiztosítás szerve között. Az egészségügyi ellátórendszer annyiban szűkebb kategória, hogy magát az egészségügyi szolgáltatást nyújtókat foglalja magában, azok működési, szervezési, szervezeti elveit határozza meg. Az egészségügyi ellátórendszer része minden olyan egészségügyi szolgáltató, amely a szakmai normák alapján meghatározott egészségügyi szolgáltatás nyújtására működési engedéllyel rendelkezik.

Magyarországon az államnak az Alkotmányból eredő kötelessége, hogy a népesség számára az egészség megőrzést, illetve helyreállítását az egészségügyi ellátórendszeren keresztül megfelelő keretek között hozzáférhetővé tegye. Ez a kötelezettség határozza meg az

¹⁴ Naidoo Jennie and Wills Jane: Health Promotion, Foundation for Practice. Baillière Tindall, Royal College of Nursing, Edinburgh, London, New York, Oxford, Philadelphia, St Louis, Sydney, Toronto 2000. 7.p.

¹⁵ Mihályi Péter: Bevezetés az egészségügy közigazdaságtanába. Veszprémi Egyetemi Kiadó, Veszprém, 2003. 20. p.

egészségpolitika cél-, feladat-, és eszközrendszerét. Az állam ugyanis Magyarországon is felelős a lakosság egészségi állapotáért. Az egészség állapot megőrzése céljából az államnak ki kell alakítania a szükséges feltételrendszert, amely révén elérhetővé válik a közösségek és az egyének számára az egészségi állapotuk megőrzése, védelme és fejlesztése, valamint ha szükségessé válik, abban az esetben lehetséges mértékű helyreállítása is.¹⁶

Az egészségügyi ellátórendszerünk kétszintű, amelynek az alapját a háziiorvosi rendszer adja és a járó-, illetőleg fekvőbeteg szakellátás teszi teljessé. Az egészségügyi rendszerben minden szereplőnek sajátos funkcióiból és nézőpontból fakadó sajátos érdekei vannak, amelyeket több-kevesebb sikerrel megpróbálnak érvényesíteni a rendszeren belül. A különböző érdekek harmonizálására sokféle eszköz van, politikai, jogi, közgazdasági, szervezeti, szociális, amelyek együttes hatásának összességében pozitívnak kell lennie a teljesítményre, a szolgáltatás minőségére vonatkozóan.¹⁷ A dolgozat szempontjából a jogi, a szervezeti, valamint a közgazdasági elemeket emeltem ki, de ebben a fejezetben a jogi szabályozás elemei jelentik a kiindulópontot.

A jogi szabályozás szempontjából fontos annak rögzítése, hogy az állam feladata többek között, hogy az egészségügy és az egészségbiztosítás működéséhez a megfelelő jogi kereteket kialakítsa, és azt a változó körülményekhez igazítsa a piacgazdaság és a demokrácia intézményeivel összhangban. Az egészségügyi rendszert egyfelől a szoros értelemben vett egészségügyi ágazati normák, másfelől pedig az egészségügyi rendszer működésének társadalmi-gazdasági környezetét meghatározó jogszabályok alakítják. Az egészségügyi rendszer alapjait az Alkotmány rögzíti. Az Alkotmány kimondja, hogy a „Magyar Köztársaság elismeri az ember sérthetetlen és elidegeníthetetlen alapvető jogait, ezek tiszteletben tartása és védelme az állam elsőrendű kötelessége”.¹⁸ Az államnak tehát kötelessége védeni alapvető jogainkat. Az alapvető jogok közé tartozik az is, hogy jogunk van az egészséges élethez, nem lehet az ember lét- és életfeltételeivel ellentétesen cselekednie a mindenkori hatalomnak. Ezt az Alkotmány is deklarálja, amikor kimondja, hogy „minden

¹⁶ Józwiak-Hagymásy Judit – Dr. Hermann Dóra – dr. Udvaros István: Értékválasztás, prioritásképzés és rangsorolás a magyar egészségügyben. Egészségügyi Stratégiai Kutató Intézet, Budapest, 2006. május 15. http://66.102.9.104/search?q=cache:svIPdvYCY5YJ:www.eski.hu/new3/politika/zip_doc_2006/prioritas.pdf+%22eg%C3%A9szs%C3%A9g%C3%BCgyi+szerepl%C5%91k%22&hl=hu&ct=clnk&cd=25&gl=hu

¹⁷ Dr. Sztrilich András – Dr. Balázs Péter: Az egészségügyi igazgatás és közszolgáltatás múltbeli kapcsolata, valamint lehetséges fejlődési irányai hazánkban; http://www.sze.hu/etk/_konferencia/publikacio/Net/eloadas_sztrilich_balazs.doc

¹⁸ 1949. évi XX. törvény A Magyar Köztársaság Alkotmánya. 8. § (1) bekezdés

embernek veleszületett joga van az élethez”.¹⁹ Az Alkotmány tehát az élethez való jogot, mint alanyi jogot garantálja, és egyben egyik legfontosabb kötelezettségévé teszi az állam részére az emberi élet védelmét. Fontos kiemelni, hogy nem csak passzív, tartózkodó magatartást ír elő az állam számára az Alkotmány, hanem aktív is, mivel az állam kötelezettsége az is, hogy gondoskodjon az élethez való jog érvényesüléséhez szükséges feltételekről. Az állam ennek a kötelezettségének a jogalkotással és szervezkedési intézkedésekkel kell, hogy eleget tegyen. Az emberi élet általában a védelem tárgya. Az állam objektív, intézményes életvédelmi kötelessége kiterjed a jövő generációk életfeltételeinek biztosítására is.²⁰ Ez a kötelezettség – ellentétben az élethez való alanyi joggal – azonban nem abszolút. Ezért lehetséges, hogy vele szemben más jogokat mérlegeljenek.²¹ Az egészséghez való jog Alkotmányos alapjog, azonban annak érvényesítése már nem kizárólagos kötelezettsége az államnak. Az állam köteles megteremteni egy olyan intézményrendszer működésének a garanciát, amely mindenki számára biztosítja az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének lehetőségét, azaz azt, hogy a szolgáltató intézmények hiánya miatt senki ne maradjon ellátatlanul. Az egészségügyi ellátásban a megelőzés, vagyis a társadalom egészének a védelme csak az, ami teljes egészében állami feladatnak számít. Az Alkotmány kimondja ugyan, hogy a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jog mindenkit megillet²², azonban ki is egészíti azzal, hogy ennek a kötelezettségének az állam többek között az egészségügyi intézmények, és az orvosi ellátás megszerzésével tesz eleget. Vagyis az állam alapvető kötelessége a megelőzésen túl, az egészségügyi ellátórendszer intézményhálózatának fenntartásának, működtetésének biztosítása, illetve az orvosi ellátás megszervezése²³, de az hogy pontosan ki, hogyan és milyen gyógyító ellátást vehet igénybe már további előfeltételekhez köthető. Az Alkotmány 70/D. § (1) bekezdésében meghatározott állami kötelezettségnek nincs alkotmányos mércéje. A lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jog tehát önmagában alanyi jogként értelmezhetetlen, az az Alkotmány 70/D. § (2) bekezdésében foglalt állami kötelezettségként fogalmazódik meg, amely magában foglalja azt a kötelezettséget, hogy a törvényhozó a testi és lelki egészség bizonyos területein alanyi jogokat határozzon meg.²⁴ Az állam a lehető legmagasabb szintű egészségügyi

¹⁹ 1949. évi XX. törvény A Magyar Közársaság Alkotmánya. 54. § (1) bekezdés

²⁰ Az állampolgári jogok országgyűlési biztosa és általános helyettese tevékenységének tapasztalatairól – OBH beszámoló az 1999. évi tevékenységről. http://www.obh.hu/allam/1999/3_13.htm.

²¹ 64/1991. (XII. 17.) AB határozat.

²² 1949. évi XX. törvény A Magyar Köztársaság Alkotmánya. 70/D. § (1) bekezdés

²³ 54/1996. (XI.30.) AB határozat.

²⁴ 54/1996. (XI. 30.) AB határozat

intézményhálózat kiépítésére és orvosi ellátás biztosítására köteles.²⁵ A „lehetséges szint” azonban nemcsak az orvostudományi, műszaki és technikai szempontokra vonatkozik, de magában foglalja a gazdasági, szervezeti-szervezési lehetőségeket és az állam - továbbá a társadalombiztosítás - teherbíró képességét is.²⁶

Az államnak tehát elsősorban jogi és gazdasági eszközökkel kell biztosítania az egészséghez való alapvető jog érvényesülését, amelyek nem járnak a tulajdonosok autonómiájának sérelmével,²⁷ és amely a legkedvezőbb feltételeket biztosítja a polgárok egészséges életmódjához és életviteléhez.²⁸

A gyógyítás fedezete tehát különböző arányokban és elvek mentén, meg van osztva az érintet és az állam között. Ebből következőleg megállapítható az is, hogy az egészséghez való jog fogalmilag szélesebb, mint az egészségügyi ellátáshoz való jog. Az egészségügyi ellátáshoz való jog az egészséghez való jognak csupán egyik részjogosítványa.

Az egészségügyi ellátáshoz való jog lényegében négy elemet foglal magába:²⁹

1) Minden betegnek joga van sürgős szükség esetén az életmentő, illetve a súlyos, vagy maradandó egészségkárosodás megelőzését biztosító ellátáshoz, valamint a fájdalmának csillapításához és szenvedéseinek csökkentéséhez,³⁰

2) Minden betegnek joga van – a jogszabályban meghatározott keretek között – az egészségi állapota által indokolt, megfelelő, folyamatosan hozzáférhető és megkülönböztetés nélküli egészségügyi ellátáshoz,³¹ vagyis fontos követelmény, hogy az egészségügyi ellátások igénybevételekor az egyenlő bánásmód követelménye ne sérüljön;

3) A betegnek joga van az állapota által szakmailag indokolt egészségügyi szolgáltató és – ha a jogszabály kivételt nem tesz – a választott orvos egyetértésével az ellátást végző orvos megválasztásához;³²

²⁵ Az állampolgári jogok országgyűlési biztosa és általános helyettese tevékenységének tapasztalatairól – OBH beszámoló az 1999. évi tevékenységről. http://www.obh.hu/allam/1999/3_13.htm.

²⁶ Dr. Sztrilich András – Dr. Balázs Péter: Az egészségügyi igazgatás és közszolgáltatás múltbeli kapcsolata, valamint lehetséges fejlődési irányai hazánkban; http://www.sze.hu/etk/_konferencia/publikacio/Net/eloadas_sztrilich_balazs.doc

²⁷ 77/1995. (XII.21.) AB határozat

²⁸ 37/2000. (X. 31.) AB határozat

²⁹ Betegjogok. Az egészségügyi ellátáshoz való jog. http://www.c3.hu/~etinfo/info2278/2278_08.html

³⁰ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 6. §.

³¹ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 7. §.

³² 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 8. §.

4) Amennyiben a beteg az adott egészségügyi szolgáltatónál nem részesíthető az egészségi állapota által indokolt szükséges ellátásban, joga van a legrövidebb időn belül a megfelelő intézetbe való átirányításra, illetve várólistára való helyezésre.³³

Az egészségügyi ellátáshoz való jog tehát nem foglalja magában az orvoslás tárgyi feltételeivel kapcsolatban megfogalmazható jogokat, ami azt jelenti, hogy az államnak kötelessége fenntartani az egészségügyi szolgáltatások rendszerét, de az, hogy a beteg mikor, milyen ellátást és milyen feltételekkel kap meg, már nem tekinti Alkotmányos kötelezettségnek, illetve ez már nem tartozik bele az egészségügyi ellátáshoz való jogba.³⁴ Ennek megértéséhez fontos rögzíteni, hogy Magyarországon ma az egészségügyi ellátórendszer társadalombiztosítási alapon nyugszik, vagyis az ellátások – leszámítva a közegészségügy, járványügy körébe tartozóakat és a legtöbb megelőző ellátást – térítéshez vannak kötve. A társadalombiztosítás a társadalom közös kockázatviselését jelenti, a rendszerben a munkavállaló és a munkáltató is járulékot fizet, amely alapján biztosítottá válik, és jogosultságot szerez arra, hogy igénybe vegye az egészségügyi szolgáltatásokat. Rászorultság esetében az egészségügyi szolgáltatások társadalombiztosítási ellenértékét a helyi önkormányzat fizeti meg. A Társadalombiztosítási ellátásokról szóló törvény meghatározza azok körét, akik a törvény erejénél fogva jogosultak igénybe venni az egészségügyi szolgáltatásokat, illetve megállapodást is lehet kötni, amikor a szerződő fél megvásárolja az egészségbiztosítást maga számára.³⁵

A fentiek alapján megállapítható, hogy ma Magyarországon az egészségügyi ellátáshoz való jog valójában nem alanyi-állampolgári jog, annak ellenére hogy a rendszerváltást megelőző időszakból megörökölt a rendszer számos olyan jellemzőt, amelyek miatt részben igaz az állítás, de amelyeknek a kiigazítása jelenleg is tart. A rendszerváltást megelőzően az egészségügyi ellátást az állam által létrehozott és fenntartott egészségügyi intézmények biztosították, és az állampolgárok állampolgári jogon, ingyenesen juthattak hozzá az egészségügyi intézmények szolgáltatásaihoz. A rendszerváltást megelőzően ugyanis, bár a munkavállalók fizettek egészségbiztosítási járulékot, azok elkülönült alapokban való összegyűjtése nem valósult meg. A szocialista egészségügyi rendszer számos ellentmondást hordozott magában. A bérek részben azért voltak nagyon alacsonyak, mert már

³³ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 9.§.

³⁴ Betegjogok. Az egészségügyi ellátáshoz való jog. http://www.c3.hu/~etinfo/info2278/2278_08.html

³⁵ Dr. Sztrilich András – Dr. Balázs Péter: Az egészségügyi igazgatás és közszolgáltatás múltbeli kapcsolata, valamint lehetséges fejlődési irányai hazánkban; http://www.sze.hu/etk/_konferencia/publikacio/Net/eloadas_sztrilich_balazs.doc

belekalkulálták a magas szintű, mindenkinek járó egészségügyi ellátások biztosítását. A rendszerváltást követően a helyi önkormányzatok létrejöttével az önkormányzatok feladatává vált működési területükön az egészségügyi ellátás biztosítása, és a területi ellátást nyújtó intézmények vagyona önkormányzati tulajdonba került.³⁶ Az egészségügyi ellátásnak ebben a megváltozott rendszerében jelentősen megváltozott az állam szerepe is az egészségügyi intézmények és az orvosi ellátás szervezésében. Ma az egészségügyi ellátásnak csak egy szűk körét biztosítják állami intézmények.³⁷ Az egészségügyi ellátás jelentős hányadát az államhoz képest autonómiával rendelkező fenntartók (helyi önkormányzatok, egyházak, alapítványok, egészségügyi vállalkozások, magánorvosok) által működtetett intézmények nyújtják. Ilyen feltételek mellett, amikor az egészségügyi ellátás döntően nem állami tulajdonban lévő, és az államigazgatási szervek irányítása alatt álló egészségügyi intézmények feladata, a korábbi ellátási rendszerben alkalmazott államigazgatási irányítási eszközök többé nem alkalmazhatóak.³⁸ A polgárok által befizetett egészségbiztosítási járulékokat pedig elkülönített állami pénzalapokban – egészségbiztosítási alap – gyűjtik, és többnyire ezekből finanszírozzák az egyes ellátásokat, így az egészségügyi szolgáltatásokat is. A jogalkotónak azonban figyelemmel kellett lennie arra, hogy a társadalom jelentős része nem képes egészségbiztosítási járulékot fizetni, ezért őket törvény erejénél fogva illeti meg az egészségügyi szolgáltatáshoz való jog, mégpedig az egészségbiztosítási ellátás természetbeni szolgáltatásai tekintetében, ugyanakkor a pénzbeli és baleseti egészségbiztosítási ellátásokra nem válnak jogosulttá. A társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló törvény (a továbbiakban: Tbj.) tehát meghatározza, hogy ki tekinthető Magyarországon biztosítottnak³⁹, ők valamennyi egészségbiztosítási ellátásra jogot szereznek a biztosítási jogviszonyuk kezdetétől annak megszűnéséig. Ezen kívül azonban a törvény meghatározza azoknak a körét is, akik nem biztosítottak valamennyi egészségbiztosítási ellátásra, viszont az egészségügyi szolgáltatások igénybevételére mégis jogosultak.⁴⁰ Ezt a kört a jogalkotó folyamatosan szűkíti, abból a célból, hogy a társadalom minél szélesebb köre járuljon hozzá az egészségügyi szolgáltatások

³⁶ 434/B/2005. AB határozat. <http://64.233.183.104/search?q=cache:sbyeLJOQoswJ:www.mkab.hu/content/hu/frisshat/04340504.htm+%C3%B6nkorm%C3%A1nyzati+tulajdon&hl=hu&ct=clnk&cd=56&gl=hu>

³⁷ Dr. Szttrilich András – Dr. Balázs Péter: Az egészségügyi igazgatás és közszolgáltatás múltbeli kapcsolata, valamint lehetséges fejlődési irányai hazánkban; http://www.sze.hu/etk/_konferencia/publikacio/Net/eloadas_szttrilich_balazs.doc

³⁸ 77/1995. (XII. 21.) AB határozat indokolása

³⁹ 1997. évi LXXX. törvény a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről, egységes szerkezetben a végrehajtásáról szóló 195/1997. (XI. 5.) Korm. rendelet 5. §.

⁴⁰ 1997. évi LXXX. törvény a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről, egységes szerkezetben a végrehajtásáról szóló 195/1997. (XI. 5.) Korm. rendelet 16. §

finanszírozásához, amely mint látható hatalmas költségeket igényel. A törvény fent ismertetett rendszere alapján részben megvalósul a társadalom széles köre számára hozzáférhető egészségügyi ellátáshoz való jog.

A legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jog jogosultságként meghatározott alkotmányi követelmény az államnak azt a kötelezettségét jelenti, hogy a nemzetgazdaság teherbíró képességéhez, az állam és a társadalom lehetőségeihez igazodva olyan gazdasági és jogi környezetet teremtsen, amely a legkedvezőbb feltételeket biztosítja a polgárok egészséges életmódjához és életviteléhez. A legmagasabb szint viszonyítási alapja tehát a nemzetgazdaság mindenkori teherbíró képessége és nem az orvostudomány mindenkori fejlettsége.⁴¹ A gazdasági racionalitás alapján azonban az ellátás társadalmi méretekben egyenlő eséllyel csak akkor biztosítható, ha az egészségügy működtetésében meghatározó marad a társadalmi szolidaritás elve, amely alapot ad a legszélesebb kockázatközösség létrehozására.

A nemzetgazdasággal tehát szoros kapcsolatban áll a szociális biztonsági rendszer, amely a társadalmi reprodukció miatt minden országban nélkülözhetetlen. A szociális rendszerben az államnak biztosítani kell polgárai számára a szociális biztonságot, többet között betegség esetére is.⁴² Ennek a kötelezettségének az állam a társadalombiztosítás útján és a szociális intézmények rendszerével tesz eleget.⁴³ Az egészségügyi ellátáshoz való jogot tehát ebből következően Magyarországon az állam elsősorban a társadalombiztosítás útján valósítja meg.⁴⁴ A társadalombiztosításhoz való jog alkotmányos jog, megszervezése és fenntartása állami feladat. Az állam meghatározott szolgáltatást nyújt polgárai számára, azonban ehhez anyagi javakat kell elvonnia a polgáraitól, vagyis a tulajdonhoz való jogot korlátozza. Fontos, hogy a tulajdon szociális kötöttségei a tulajdonosi autonómia korlátozását alkotmányosan lehetővé teszik.⁴⁵ Az állam azonban a társadalombiztosítási ellátások fedezetét akkor is biztosítja, ha a társadalombiztosítás kiadásai a bevételeket meghaladják.⁴⁶ Az állam széleskörű jogosítványokkal rendelkezik a szociális ellátáson belüli változtatásokra és átcsoportosításokra. A változtatás joga azonban nem korlátlan. Az elvonások folytán a

⁴¹ 56/1995. (IX. 15.) AB határozat, ABH 1995, 260.

⁴² 1949. évi XX. törvény A Magyar Köztársaság Alkotmánya 70/E. §. (1) bekezdés.

⁴³ 1949. évi XX. törvény A Magyar Köztársaság Alkotmánya 70/E. §. (2) bekezdés.

⁴⁴ Dr. Sztrilich András – Dr. Balázs Péter: Az egészségügyi igazgatás és közszolgáltatás múltbeli kapcsolata, valamint lehetséges fejlődési irányai hazánkban; http://www.sze.hu/etk/_konferencia/publikacio/Net/eloadas_sztrilich_balazs.doc

⁴⁵ 64/1993. (XII. 22.) AB határozat, ABH 1993, 373., 380.

⁴⁶ 1997. évi LXXX. törvény a társadalombiztosítás ellátásairól 3. §.

szociális ellátás mértéke egészében nem csökkenhet az Alkotmányban megfogalmazott megkövetelhető minimális szint alá.⁴⁷ Mindazon társadalombiztosítási szolgáltatások esetében, ahol a biztosítás szerepet játszik, a szolgáltatások csökkentésének vagy megszüntetésének alkotmányossága a tulajdonvédelem szabályai szerint bírálendő el.⁴⁸ A biztosítás fokozott terheit a törvényhozó a biztosított, a járulékfizetésre kötelezett munkáltató, és a társadalombiztosítás között bizonyos körben megosztja. A társadalombiztosítás működőképességének a fenntartása, megfelelő reformja, azaz az egész rendszer ésszerű és gazdaságilag eredményesen funkcionál alapokra helyezése alkotmányosan indokolhat olyan megoldásokat, amelyek az ellátásra jogosultak terheit bizonyos mértékben növelik, amelynek következtében tehát a biztosítottak javára kialakított korábbi „védelmi szint” csökken. Az Alkotmányban biztosított szociális jogokat ugyanis - amelyek alkotmányos tartalma elsősorban az Alkotmányban meghatározott állami kötelezettségek oldaláról ragadható meg - szükségképpen mindig csak a gazdasági lehetőségekkel, az ellátási rendszerek teherbíró képességével összhangban és azokkal arányban állóan lehet figyelembe venni és biztosítani. Az állam azonban az átalakítás során köteles megteremteni a kialakított intézményrendszer működésének azokat a garanciáit, amelyek mindenki számára biztosítják az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének lehetőségét, azaz azt, hogy a szolgáltató intézmények hiánya miatt senki ne maradjon ellátatlanul.⁴⁹ A járulékfizetés és a társadalombiztosítás szolgáltatásainak pontos megfelelése – a társadalombiztosítás vegyes rendszere folytán – nem alkotmányos követelmény.⁵⁰ A hagyományos biztosítási modellek célja az egyén biztosítása az esetleges káresemények anyagi következményei ellen, azaz a gyógyellátások igénybevehetőségének a biztosítása. A korszerű egészségügyi rendszerekben a cél nem a minél több egészségügyi ellátás nyújtása, hanem a rendelkezésre álló forrásokból a lakosság lehető legjobb egészségi állapotának az elérése. Ez csak az egészség feltételeinek komplex biztosításával, a megelőzés, a gyógyítás, a rehabilitáció és reszocializáció egységének megteremtésével és egységes, következetes szabályozásával érhető el.⁵¹ Az állam feladata pedig a szabályozó feladat betöltése, amelytől meg kell különböztetni az egészségügyi szolgáltatások területén található szolgáltatói és finanszírozó szerepeket.

⁴⁷ Az egészségügyi intézmények controllingjának alapjai. Szerkesztette: Dr. Bodor Szabolcs, Méreg Gábot, Porkoláb Lajos. ECOM KVALITY Bt., Vecsés, 2001. 25. p.

⁴⁸ 45/1995. (VI.30.) AB határozat ABH 1995, 210.

⁴⁹ 44/1995. (VI. 30.) AB határozatában (ABH 1995, 205-206.)

⁵⁰ 56/1995. (IX. 15.) AB határozat ABH 1995. 260.

⁵¹ Orosz Éva: Félúton vagy tévúton? Egészségünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái. Egészséges Magyarországért Egyesület. 2000. 104. p.

Az egészségügyi intézmények a rendszer olyan alapelemei, amelyeken keresztül megvalósítják a kitűzött célokat és elképzeléseket, amelyek konkrétan és effektíven találkoznak a lakossággal, amelyben a gyakorlati szolgáltatások, ellátások megtörténnek.⁵² Az egészségüggyel kapcsolatos törvényalkotási feladatokat az Országgyűlés, míg az egészségügy szervezését és irányítását a végrehajtó hatalom szintjén a kormány, a szakminiszter, az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (a továbbiakban: ÁNTSZ), a helyi önkormányzatok és az egészségbiztosítási szervek végzik. Az állam feladata, hogy a rendelkezésére álló eszközökkel támogassa és segítse elő az egészségügy területén működő szakmai kamaráknak és más köztestületeknek, valamint szakmai érdek-képviselői szervezeteknek, szakmai egyesületeknek és más társadalmi szervezeteknek a tevékenységét. Az állam az egészségügyi intézményekkel együttműködik abból a célból, hogy a lakosság egészségi állapota javuljon, illetve az életminőség érdekében elősegítse a célok és alapelvek érvényesülését, valamint az egészségkárosító környezeti, társadalmi és egyéb hatások elleni eredményes fellépést.⁵³

2.1.2. Következtetések

Az elemzésből megállapítható, hogy az állam szerepe nélkülözhetetlen az egészségügyi szolgáltatások nyújtásának szabályozása szempontjából. A feldolgozott Alkotmánybírósági határozatok egyértelműen rögzítették azt, hogy Magyarországon milyen széles értelemben kell értelmezni az egészségügyi ellátáshoz való alkotmányos jogot. Az elemzés során bemutattam, hogy az állam nem vonulhat ki az egészségügyi ellátás megszervezéséből, az mindenkor az ő kötelezettsége, ugyanakkor arra lehetősége van az államnak, hogy ennek kereteit megállapítsa, és az általa elérni kívánt célnak megfelelően alakítsa azt ki.

⁵² Az egészségügyi intézmények controllingjának alapjai. Szerkesztette: Dr. Bodor Szabolcs, Méreg Gábot, Porkoláb Lajos. ECOM KVALITY Bt., Vecsés, 2001. 40. p.

⁵³ Józsiak-Hagymásy Judit – Dr. Hermann Dóra – dr. Udvaros István: Értékválasztás, prioritásképzés és rangsorolás a magyar egészségügyben. Egészségügyi Stratégiai Kutató Intézet, Budapest, 2006. május 15. http://66.102.9.104/search?q=cache:svIPdvYCY5YJ:www.eski.hu/new3/politika/zip_doc_2006/prioritas.pdf+%22eg%C3%A9szs%C3%A9g%C3%BCgyi+szerepl%C5%91k%22&hl=hu&ct=clnk&cd=25&gl=hu

2.2. Az egészségügyi igazgatás szervezetrendszere

2.2.1. A közhatalmi szervek szerepe az egészségügyi szolgáltatások területén

Bevezető

Kiindulópontként azt szükséges rögzíteni, hogy az állam alkotmányos kötelezettségeinek konkrét, tényleges érvényesülését a közhatalmi szervek valósítják meg. Ebben a fejezetben azoknak a közhatalmi szerveknek a bemutatása történik meg, amelyek az egészségügyi szolgáltatások jogi és szervezeti szabályozása szempontjából meghatározó szerepet töltenek be. A fejezetben bemutatásra kerül a központi közhatalmi szervek szabályozó szerepe, ezenkívül az egészségbiztosító szerepe, valamint a helyi-települési önkormányzatok szerepe az egészségügyi ellátáshoz való jog érvényesülése szempontjából. Tekintettel arra, hogy ez a három fő kategória alapvetően meghatározza a szabályozási kereteket, a fejezetben nem kerül elemzésre az egészségügyben működő szakmai kamarák rendszere.

Az Országgyűlés szerepe

Amint a bevezetőben felvázoltam az első fontos közhatalmi szabályozó szereplő az Országgyűlés. Az Országgyűlés hatáskörébe tartozik, hogy az állampolgárok alapvető jogait és kötelezettségeit, valamint ezek feltételeit és korlátait, és érvényre jutásuk szabályait meghatározza. Az állampolgárok alapvető jogai és köteleességei körében törvényben kell szabályozni az egészségügyi ellátást és a társadalombiztosítást.⁵⁴ Az Országgyűlés feladata az egészséghez való jog érvényesíthetőségének meghatározása, az önrendelkezési jog érvényesítési szabályainak a rögzítése. Az Országgyűlés feladata továbbá, hogy az egészségüggyel kapcsolatosan tevékenysége során figyelembe vegye és érvényesítse a lakosság egészségének megőrzéséhez fűződő érdekeiket, és az ehhez rendelt egészségpolitikai célokat, valamint elfogadja a Nemzeti Egészségfejlesztési Programot.⁵⁵ A Nemzeti Egészségfejlesztési Program tartalmazza az ország középtávú fejlesztési, stratégiai tervezését, így az egészségügyi tervezés alapja. Nagyon fontos kiindulási pont, hogy a Nemzeti Egészségfejlesztési Programban foglaltakat a gazdaságpolitikai, a terület-, illetőleg településfejlesztési, továbbá valamennyi állami tervezés körébe tartozó döntés meghozatala,

⁵⁴ 1987. évi 11. törvény a jogalkotásról, 5.§ j.) pont

⁵⁵ Az Országgyűlés feladatai és hatásköre. Az Országháza.
http://www.mkogy.hu/fotitkar/ogy_feladat/ogy_feladat.htm

illetőleg végrehajtása során érvényre kell juttatni. A Nemzeti Egészségfejlesztési Programot az Országgyűlés fogadja el, de az előkészítésben fontos szerepe van a szakminiszternek – egészségügyi miniszternek -, aki a Program megalkotásakor javaslatot kér a Regionális Egészségügyi Tanácsoktól, a fővárosi és a megyei önkormányzatoktól, továbbá a helyi önkormányzati szövetségektől, és az egészségügyben működő szakmai kamaráktól és más szakmai és érdek-képviselői szervektől.⁵⁶ Ezt követően a Programot még a Kormány egészségügyi szervezéssel és irányítással kapcsolatos feladatainak ellátásával megbízott Nemzeti Egészségügyi Tanács is véleményezi. Nemzeti Egészségfejlesztési Programnak fontos szerepe van, mert ehhez igazodva készítik el a Regionális Egészségügyi Tanácsok az adott egészségügyi régió egészségfejlesztési programját. A Regionális Egészségügyi Tanács működik közre az egészségügyi régióban a regionális egészségpolitika kialakításában.⁵⁷ A Regionális Egészségügyi Tanács az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló törvény végrehajtása során a Regionális Fejlesztési Tanáccsal együttműködve figyelemmel kíséri a Nemzeti Fejlesztési Terv Operatív Programjai régióban jelentkező feladatainak megvalósítását, közreműködik és elősegíti azok egészségügyet érintő intézkedéseinek végrehajtását, így különösen előzetesen véleményezi a Regionális Fejlesztési Tanácsnak a régió egészségügyét érintő fejlesztéseit, és a fejlesztésekkel kapcsolatban egyetértési jogot gyakorol.⁵⁸ A törvényhozó szabadon dönthet arról, hogy a többszektörű egészségügyi szolgáltatási rendszerben milyen módon alakítja ki az Alkotmány 70/D. §-ában megfogalmazott alapvető jog érvényesülésének garanciáit. Az átalakítás során azonban figyelemmel kell lenni arra is, hogy az alapvető jog megvalósulásának biztosítékait ne sértse meg.

A törvényhozói szabadság megnyilvánulása tükröződik abban - egyben annak felelőssége is -, hogy a fennálló egészségügyi intézményrendszert átalakíthatja, és olyan szakmailag megalapozott konstrukciót dolgozhat ki az egészségügy területén, amely megfelel a célszerűségi, takarékosági követelményeknek. Természetesen ennek megállapítása sokszor politikai alapon történik, annak tényleges hatékonysága nehezen mérhető. Mivel azonban az átalakítás lehetősége az Országgyűlés kezében van, annak kontrollálására az Alkotmánybíróság jogosult, amely azonban csak alkotmányossági szempontok alapján vizsgálódhat. Az államnak a törvényhozói szabadsága mindaddig nem vet fel

⁵⁶ Az Országgyűlés feladatai és hatásköre. Az Országháza.
http://www.mkogy.hu/fotitkar/ogy_feladat/ogy_feladat.htm

⁵⁷ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 149/A. § (1) bekezdés

⁵⁸ 1997. évi CLIV törvény az egészségügyről, 149/A. § (4) bekezdés

alkotmányossági kérdéseket, ameddig az nem vezet valamely alkotmányos jog (tulajdonvédelem, társadalombiztosítás útján érvényesülő betegellátási jogosultság) megsértéséhez. Az egészségügyi intézményhálózat és az orvosi ellátás sokféleképpen szervezhető meg. Az Alkotmányból eredően senkinek sincs alanyi joga egy meghatározott szervezési módra. A rendszernek azonban garantálnia kell az Alkotmány 70/E. §-án alapuló társadalombiztosítási ellátási jogosultságot. Ez működtetésének alkotmányos követelménye, feltétele.⁵⁹

A kormány szabályozó szerepe

A kormány, mint a végrehajtó hatalom központi szerve határozza meg a szociális és egészségügyi ellátás állami rendszerét, és gondoskodik az ellátás anyagi fedezetéről.⁶⁰ Ennek megvalósítása céljából a Kormány az egészségügy szervezésével és irányításával összefüggő feladatkörében meghatározza az egészséget támogató kormányzati politikát, ezen belül az egészségpolitika elveit, céljait és főbb irányait. A Kormány irányítja és összehangolja az egészségügyi államigazgatási feladatok végrehajtását, gondoskodik az egészségügyet érintő nemzetközi szerződésekben foglalt kötelezettségek teljesítéséről, illetőleg jogok érvényesítéséről.⁶¹ A Kormány törvényességi felügyeletet gyakorol az egészségbiztosítási szervek tevékenysége felett.⁶² Ki kell emelni, hogy hosszú távú stratégia szükséges a gyógyító egészségügyi ellátórendszer átalakításakor, amely fő célként a lakosság egészségi állapotának tényleges javítását tűzi ki

Az egészségügyi minisztérium szabályozó szerepe

Minden, az egészségügyi ágazattal kapcsolatos feladat az Egészségügyi Minisztérium⁶³, mint az egészségpolitikával és egészségbiztosítással kapcsolatos, átfogó feladatkörrel rendelkező szakminisztérium kompetenciájába tartozik.⁶⁴ A Minisztériumnak elsősorban stratégiai kidolgozó, információ-szolgáltató, szabályozó szerepet kell betöltenie. Az egészségügyi minisztériumnak nem csak a szorosan vett egészségügyi ellátórendszer szabályozása, és ellenőrzése tartozik feladatkörébe, hanem mindazok a tevékenységek, amelyek közvetlenül segíthetik az egészség megőrzését, illetve minél hosszabb időn keresztül

⁵⁹ Az Országgyűlés feladatai és hatásköre. Az Országháza. http://www.mkogy.hu/fotitkar/ogy_feladat/ogy_feladat.htm

⁶⁰ 1949. évi XX. törvény A Magyar Köztársaság Alkotmánya, 35. § (1) bek.

⁶¹ Miniszterelnöki Hivatal honlapja. <http://www.meh.hu/kormany>

⁶² 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 147.§ (1)–(2) bekezdés

⁶³ Az egészségügyi minisztérium honlapja; http://www.eum.hu/index.php?akt_menu=2961

⁶⁴ 161/2006 (VII. 28.) Kormány rendelet, 1.§.

egészségben leélt éveket jelentenek a lakosságnak. Ennek megfelelően a minisztérium tevékenysége kiterjed az egészségpolitikai, a népegészségügyi, a nemzetközi feladatokra, az egészségbiztosítással kapcsolatban az Országos Egészségbiztosítási Pénztár irányítására, valamint hatósági jogosítványokra is. A minisztérium irányító tevékenységének egyik legmarkánsabb eleme az egészségbiztosítási politika kialakítása és az egészségpolitika biztosításpolitikával való összhangjának javítása. A Kormány az egészségügyi miniszter útján látja el az Országos Egészségbiztosítási Pénztár tevékenységének irányítását. Az egészségbiztosítás keretében a támogatott gyógyszerek, a gyógyászati segédeszközök, a természetbeni ellátások (gyógyító-megelőző ellátás, gyógyászati ellátás támogatása, anyatej-ellátás, utazási költségtérítés), és a pénzbeli ellátások (terhességi-gyermekágyi segély, táppénz, betegségekkel kapcsolatos segélyek, kártérítési járadék, baleseti járadék és gyermekgondozási díj) rendszere egyaránt tárgya a minisztérium szabályozási, ellenőrzési és irányítási tevékenységének. Ezzel összefüggésben a minisztérium szabályozza az egészségügyi ellátórendszer finanszírozását. A minisztérium résztvevőként érdekelt minden más minisztérium olyan tevékenységében, amely a lakosság, vagy egyes emberek egészségi állapotára, vagy az egészségügyi ellátórendszer működésére hatással vannak. Ezért a minisztérium részt vesz minden olyan tárcaközi testület, és bizottság munkájában, amelyek a lakosság egészségével összefüggő kérdésekben jogosultak döntéshozatalra, vagy javaslattevésre. A minisztérium tevékenységében igen nagy súllyal jelenik meg a lakosság napi problémáira történő reagálás, a közvetlen lakossági tájékoztatás, illetve az általános egészségnevelő, tájékoztató felvilágosítási tevékenység.⁶⁵

A stratégiába tehát beletartozik a népesség egészségi állapotának megőrzésére irányuló stratégia is, valamint hogy figyelembe kell vennie az egészségügyi szektornak a lakosság életminőségében, a munkaképesség újratermelésben játszott szerepét, illetve a gazdaság szempontjából piacot jelentő szerepét. Népegészségügyi feladatai körében a minisztérium tevékenysége kiterjed a hagyományos közegészségügyi- járványügyi biztonság rendszerének fenntartására, a fertőző betegségekkel való küzdelem minden formájára, ideértve a védőoltásokat is, és a népegészségügy korszerű ágazataira, amelyek magukba foglalják a környezetünkben egészségre veszélyes anyagok, és szennyeződések kontrollját. A környezetegészségügy, a kémiai biztonság, a sugáregészségügy, az élelmezés-egészségügy szakterületén túl az egészséges életmódra nevelés, és a veszélyeztető körülmények

⁶⁵ Az egészségügyi minisztérium honlapja; http://www.eum.hu/index.php?akt_menu=2961

felismerésére való felkészítés is ebbe a körbe tartozik. A miniszter az egészségügyért való felelőssége körében működteti az egészségügyi ellátórendszert, ennek keretében igazgatási jogkörében irányítja, összehangolja és szervezi az állami egészségügyi ellátás országos rendszerét.⁶⁶ Az egészségügyi miniszter felelős azért, hogy az Országgyűlés és a Kormány, illetve az azzal együtt működő igazgatási szervek által kitűzött célok megvalósuljanak, és a lakosság minél jobb minőségű, és minél hatékonyabb egészségügyi szolgáltatásokhoz jusson hozzá, illetve, hogy a lakosság egészségi állapota minőségileg magas szinten legyen biztosítva.⁶⁷ Ennek megvalósítása érdekében szabályozó jogkörében eljárva kidolgozza az egészségügyi ellátás rendszerének koncepcióját, az egészségügyi ellátás feladatait, az egészségügyi ellátás szakmai szabályait és minőségi követelményeit, és az egészségügyi ellátás személyi, tárgyi és működési feltételeit.⁶⁸ A minisztérium szervezési tevékenységei között egyenlő hangsúllyal kell megemlíteni a tömegesen előforduló megbetegedések ellátására szolgáló eszközöket, és az egyedi, ritka betegségek, vagy kisebb létszámú betegcsoportok ellátására szolgáló megoldásokat.⁶⁹ Ennek érdekében a minisztérium feladata folyamatosan monitorozni az egyes ellátásokban mutatkozó hiányterületeket, és speciális szerepű intézményhálózata útján gondoskodni ezen hiányzó ellátásformák megszervezéséről. A jogszabályok megalkotása előtt - a tudomány eredményeire támaszkodva - elemezni kell a szabályozni kívánt társadalmi-gazdasági viszonyokat, az állampolgári jogok és kötelességek érvényesülését, az érdek összeütközések feloldásának a lehetőségét, meg kell vizsgálni a szabályozás várható hatását és a végrehajtás feltételeit.⁷⁰ Erről a jogalkotót tájékoztatni kell.⁷¹

Az egészségügy ágazati irányítása körében többek között ellátja az egészségügyi képzéssel, szakképzéssel, szakirányú szakképzéssel és továbbképzéssel összefüggő szakmai feladatokat, meghatározza az egészségügyi szolgáltatások szakmai követelmény rendszerét. Irányítja az egészségügyi tevékenység ágazati irányításához, és egységes működéséhez szükséges nyilvántartási, és információs rendszert, irányítja az ÁNTSZ-t, irányítja az egészségügy területén működő országos intézeteket, és meghatározza és összehangolja a gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök előállításával, forgalmazásával és rendelésével

⁶⁶ Az egészségügyi minisztérium honlapja; http://www.eum.hu/index.php?akt_menu=2961

⁶⁷ Lakossági egészségügyi információs portál; <http://drinfo.eum.hu/drinfo/>

⁶⁸ 161/2006 (VII. 28.) Kormány rendelet, 6. §.

⁶⁹ Egészségügyi ágazati portál; http://agazat.eum.hu/eum/agazati.head.page?pid=DA_62161

⁷⁰ Amennyiben a törvény előkészítése során az előkészítésre irányuló kötelezettségeket megsértik, az feltehetően a törvény társadalmi hatékonyságának a kárát fogja eredményezni, de közvetlen alkotmányvétséghez csak az vezet, ha maga a törvény sérti az Alkotmány valamely rendelkezését.

⁷¹ 1987/11. törvény a jogalkotásról 18. § (1) bekezdés

kapcsolatos tevékenységeket.⁷² A miniszter ágazati irányító jogköre kiterjed minden egészségügyi tevékenységre, illetőleg - jogállásától függetlenül - minden egészségügyi szolgáltatóra. A miniszter tevékenységét az Egészségügyi Tudományos Tanács, a szakmai kollégiumok, valamint az országos intézetek segítik.⁷³ Az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal (EEKH) centralizált és koncentrált hatóság, amely a fővárosban működik.⁷⁴ A korány hozta létre 2003. április 1.-től a magyar közigazgatási rendszer korszerűsítésének jegyében. Az EEKH feladata volt 2004. május 1.-ig az európai uniós csatlakozással összefüggő tevékenységek ellátása, később pedig az EU-tagságunkból eredő feladatok teljesítése.⁷⁵ Ezt a Kormány, az Egészségügyi Minisztérium, valamint az egészségügyi miniszter hatáskörébe tartozó közigazgatási, hatósági feladatok, továbbá a miniszter ágazati irányítási jogkörébe tartozó egyes közigazgatási feladatok ellátása révén valósítja meg.⁷⁶ Feladatai közé tartozik az orvostechikai eszközökkel kapcsolatos hatósági feladatok ellátása, az egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személyek alapnyilvántartásának vezetése, az egészségügy területén működő szakértői tevékenységgel összefüggő hatósági feladatok ellátása, a kábítószeres, és pszichotróp anyagok gyógyászati célú felhasználásával kapcsolatos engedélyek kiadása, valamint a külföldön szerzett egészségügyi oklevelek és bizonyítványok elismerése, valamint a hazai bizonyítványról, oklevélről, illetve hazai szakmai gyakorlatról szóló bizonyítvány kiállítása.

Hatósági jogkörében⁷⁷ a miniszter dönt azokban az esetekben, amelyekben valamely jogszabály egészségügyi szerv létesítését, átszervezését, megszüntetését, szakmai ellátási szintjének meghatározását, a hálózat fejlesztését, vagy rekonstrukcióját a miniszter engedélyétől, előzetes hozzájárulásától, vagy egyetértésétől teszi függővé, továbbá megteszi a szükséges intézkedéseket az ország közegészségügyi, és járványügyi érdekei, és a lakosság egészségének védelme érdekében, illetve ellátja mindazokat a hatósági jogköröket, amelyeket jogszabály a hatáskörébe utal. A minisztérium másodfokú hatóságként jár el egyedi ügyekben, jogszabályban meghatározott esetekben, például az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerekkel kapcsolatos egyes engedélyezési eljárások során, illetve egyes, külföldi egészségügyi bizonyítványok és oklevelek elismerésével kapcsolatos feladatok ellátása során.

⁷² <http://www.magyarország.hu/kozigazgas/intezmenyek/korm/em/em20050415.html>

⁷³ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 150. § (1) – (3) bekezdés

⁷⁴ Egészségügyi ágazati portál; http://agazat.eum.hu/eum/agazati.head.page?pid=DA_62161

⁷⁵ http://www.eekh.hu/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=8&Itemid=26

⁷⁶ 295/2004. (X. 28.) Kormányrendelet az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatalról.

⁷⁷ Az egészségügyi minisztérium honlapja; http://www.eum.hu/index.php?akt_menu=2961

Az egészségügyi szolgáltatások szerkezete és finanszírozása az elmúlt 10 évben jelentős átalakuláson ment át Magyarországon.⁷⁸ Az átalakulás folyamata új szakmai, szakmapolitikai, és egészség-gazdaságtani megközelítéseket igényel, melyek középpontjában a lehető legnagyobb egészségnyereséget biztosító szolgáltatások minősége, klinikai hatékonysága és költséghatékonysága áll. Az egészségügyi ellátórendszerben az országos intézetek feladata volt módszertani anyagok készítése, adatok gyűjtése, elemzése a szakmai munka javítása, értékelése és fejlesztése érdekében. A cél az volt, hogy az adott szakterület a szakma szabályai szerint működjön, és ennek felügyeletét maga a szakma lássa el. A szakfelügyeleti rendszer, és a módszertani feladatok megvalósulása ugyanakkor megújításra, fejlesztésre szorult a hatékonyabb, és korszerűbb működés érdekében, emiatt indult meg a szakfelügyeleti rendszer átalakítása. Ennek keretében 2005. január 31-ével 12 országos intézet került megszüntetésre és megalakult az Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központ (OSZMK), amely ellátja a szakfelügyeleti hálózat egységes módszertani irányítását, a gyógyító ellátás szakmai felügyeletét, és a korábbi Gyógyinfok adatbázisának kezelését és egyéb szakszolgáltatásokat.

A Minisztérium tevékenységének egy jó minőségű szolgáltatásokat nyújtó, hatékonyan működő, az egészségügyben a dolgozók és a betegek/lakosok megelégedettségét biztosító rendszert szükséges kialakítania és irányítania.

A Regionális Egészségügyi Tanácsok szabályozó szerepe

Az egészségügyi ellátórendszer átalakítása során az egyik legfontosabb célkitűzés, hogy a helyi döntéseket is bevonva egy igazságosabb hozzáférésű, hatékonyabb, korszerűbb, jobb minőségű, és fenntarthatóan finanszírozható ellátórendszer jöjjön létre.⁷⁹ Alapelvek, hogy a kiemelt ellátások és kapacitások összességének meghatározása Országgyűlési hatáskör, míg az általánosan igénybevett ellátások biztosítására szolgáló kapacitások meghatározása helyi kompetencia, amelyekről az érintetteknek közösen kell dönteniük. A helyi döntések szervezeteként a Regionális Egészségügyi Tanácsok (RET) vannak kijelölve. A RET-ek a regionális egészségpolitika kialakításában közreműködő szervezetek. Megalakításukra 2007. január 1.-ig valamennyi egészségügyi régióban sor került. Így az ő feladatuk is a régió egészségügyi ellátórendszerének kialakítása. Legfontosabb feladataik az egészségügyi régió egészségpolitikai programjának összeállítása, annak évenkénti értékelése, szükség szerinti

⁷⁸ <http://www.magyarorszag.hu/kozigazgas/intezmenyek/korm/em/em20050415.html>

⁷⁹ Dr. Kincses Gyula: Javaslat a Regionális Egészségügyi Tanácsok létrehozására; <http://www.eski.hu/new3/publ/eloadasok/2002/RET/index.htm>

módosítása, kiegészítése, valamint koordináció és érdekegyeztetés az egészségügyi régió területén működő egészségügyi közszolgáltatók, fenntartók és a lakosság, illetve a betegszervezetek között.⁸⁰ A központilag meghatározott elosztható aktív és krónikus kapacitások régiós bontásban vannak rögzítve. A RET-ek tesznek javaslatot az elosztható kapacitások felosztására, az egyes intézmények kötelező ellátási területére, és a RET-ek feladata a javaslat elfogadtatása az érintettekkel.

A regionális kapacitás meghatározást és elosztást három tényező indokolja:

1) Az egészségügyben az ellátásszervezés ma már nem értelmezhető megyei szinten, a nem országos szinten ellátandó szakfeladatok kiegyenlített hozzáférése csak régiós szinten biztosítható.

2) A fejlesztéspolitika alapegysége a régió, így regionális szinten biztosítható a kórházi rendszer átalakítása és az ehhez szükséges beruházások, fejlesztések, illetve az ellátórendszer egyéb szintjei fejlesztésének egysége.

3) A Regionális Fejlesztési Tanácsok jelentik azt a szervezetet, ahol az ellátórendszer alakításában felelősként érintett szereplők többsége együtt van, így lehetőség van a konszenzusos döntésre. A RET-ek összetétele széleskörű konszenzust biztosít az egészségügyben.

A RET-ek feladata első lépésként – a garantált kapacitások figyelembe vételével – javaslatot tenni a régió közfinanszírozott fekvőbeteg-szakellátó rendszerének kialakítására. A feladatok megkönnyítése érdekében az egészségügyi miniszter felosztási javaslatot készít. A miniszter javaslata nem kötelező érvényű a RET-ekre nézve, csupán orientálja, segíti a munkájukat. Természetesen el lehet térni a miniszteri javaslattól, de csak a törvényi kereteken belül.⁸¹ Különösen érvényes ez arra, hogy:

1) A régió területén a kiemelt kórházak számára minimálisan a törvényben megjelölt ágyszámokat biztosítani kell, ami azonban nem jelenti azt, hogy a kiemelt kórházak nem kaphatnak a régió elosztható aktív kapacitásaiból.

2) A régió intézményei között elosztott kapacitások összessége (beleértve a kiemelt kórházaknak a RET döntése alapján jutatott kapacitásokat is) sem szakmacsoportonként, sem

⁸⁰ Nyugat-dunántúli Regionális Egészségügyi Tanács honlapja; <http://www.westpa.hu/nydret/>

⁸¹ Dr. Kincses Gyula: Javaslat a Regionális Egészségügyi Tanácsok létrehozására; <http://www.eski.hu/new3/publ/eloadasok/2002/RET/index.htm>

össességében nem lépheti túl a törvényben megjelölt keretszámokat (kivéve a régiók közötti kapacitás-átcsoportosítás esetét).

3) A kapacitás elosztásánál figyelembe kell venni egyéb, az egészségügyi ellátórendszerre érvényes jogszabályokat, azaz a kapacitás bármelyik, de csak olyan intézménynek adható, amely a szakfeladat ellátásához megfelelő képességekkel rendelkezik.⁸²

Ennek alapján a RET-ek javaslatot készít, amely tartalmazza a javasolt intézményi struktúrát intézményi és szakmánkénti alábontásban számított szakma-csoportonkénti bontásban, ahol az ágyszámok a védett ágyak és az osztható kapacitások összegét jelentik, valamint az intézmények kötelező ellátási területét. A javaslatot meg kell küldeni az Egészségügyi Miniszternek és az egészségbiztosítási szerv vezetőjének.⁸³ A javaslat akkor lesz érvényes, ha azt a régió területén működő valamennyi fekvőbeteg-szakellátást nyújtó közfinanszírozott egészségügyi szolgáltató fenntartója jóváhagyta.⁸⁴ A fenntartók által jóváhagyásról a RET-ek tájékoztatja az egészségügyért felelős minisztert, az egészségbiztosítót és az egészségügyi államigazgatási szervet (ÁNTSZ). Látható tehát, hogy az egész folyamatnak a lényege a konszenzusra törekvés.⁸⁵

Az elosztási szabályoknál figyelembe kell venni:

1) A felosztható aktív fekvőbeteg-szakellátási normatívából bármely, az adott régióban működő egészségügyi szolgáltató részesülhet;

2) A krónikus fekvőbeteg-szakellátási normatívából a központilag meghatározott országos feladatkörű speciális intézeteken és súlyponti kórházakon kívül bármely, a régió területén működő egészségügyi szolgáltató részesülhet;

3) A finanszírozott szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók régióon belüli egymástól való távolságának meg kell felelnie az egészségügyért felelős miniszter által meghatározott elérési és kapacitáselosztási szabályoknak, valamint az intézmények és azok szervezeti egységei működési feltételül meghatározott ágyszámoknak;

4) Előnyben részesül az aktív fekvőbeteg-szakellátási kapacitások felosztásának vonatkozásában az az egészségügyi szolgáltató, amelyik sürgősségi betegellátásra megfelelő

⁸² Nyugat-dunántúli Regionális Egészségügyi Tanács honlapja; <http://www.westpa.hu/nydret/>

⁸³ Egészségügyi Minisztérium honlapja, http://www.eum.hu/index.php?akt_menu=2720

⁸⁴ Dr. Kincses Gyula: Javaslat a Regionális Egészségügyi Tanácsok létrehozására; <http://www.eski.hu/new3/publ/eloadasok/2002/RET/index.htm>

⁸⁵ Útmutató és segédlet a Regionális Egészségügyi Tanácsok részére; <http://www.medinfo.hu/new3/politika/regios/utmutato-ret.doc>

szakmai felkészültséggel rendelkezik, továbbá az, amelyik fenntartója intézményfenntartói társulás vagy többcélú kistérségi társulás, illetve, amelynek tulajdonosa, vagy működtetője az egészségügyi szolgáltató orvosai és más alkalmazottai részvételével létrehozott gazdasági társaság.

A szomszédos régiókban működő RET-ek normatíváik terhére megállapodást köthetnek a régiók közötti kapacitásátadásról, de a finanszírozott szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók régióon belüli egymástól való távolságának meg kell felelnie az egészségügyért felelős miniszter által meghatározott elérési és kapacitási szabályoknak.⁸⁶ A régió határának mentén élők egészségügyi ellátása érdekében megvalósuló feladatátadáshoz szükséges, hogy a megállapodással valamennyi fenntartó (országos intézet, súlyponti kórház, vagy normatíva alapján lekötött kapacitás fölött tulajdonosi jogokat gyakorló helyi önkormányzat) egyetértsen.⁸⁷

Ellátási terület:

A régiókban működő egészségügyi szolgáltatók ellátási területéről a RET a szakellátási normatíva felosztásával egyidejűleg dönt. Az ellátási területeket úgy kell meghatározni, hogy azok átfedés- és hézagmentesen lefedjék az adott régió területét.

Az ellátási területet településenként, illetőleg valamely településre csak részben kiterjedő ellátási terület esetén a település érintett részének közterületek általi lehatárolásának pontos meghatározásával kell kijelölni.

Amennyiben az egészségügyi szolgáltató ellátási területe a nyújtott szolgáltatások tekintetében nem egységes, az ellátási területet és a területi ellátási kötelezettséget szakmacsoportonként, szakmánként, illetve teljesítményegységeknek, illetve ellátási formáknak megfelelő bontásban kell megadni.

Ezek után fontos annak is ismertetése, hogy a meghatározott aktív fekvőbeteg-szakellátási kapacitások felosztásánál mik azok a feltételek, amiket a kialakításkor biztosítani kell.⁸⁸ Biztosítani kell, hogy az érintett lakosság legalább 95%-a számára legalább az alapszakmákban ellátást nyújtó aktív fekvőbeteg-szakellátó intézmény elvi elérhetősége 60 perc alatt legyen. Egy település esetében sem eredményezheti az alapszakmákban

⁸⁶ Dr. Kincses Gyula: Javaslat a Regionális Egészségügyi Tanácsok létrehozására; <http://www.eski.hu/new3/publ/eloadasok/2002/RET/index.htm>

⁸⁷ Útmutató és segédlet a Regionális Egészségügyi Tanácsok részére; <http://www.medinfo.hu/new3/politika/regios/utmutato-ret.doc>

⁸⁸ Egészségügyi Minisztérium honlapja, http://www.eum.hu/index.php?akt_menu=2720

szolgáltatást nyújtó legközelebbi intézmény 60 percet meghaladó mértékűre való meghosszabbodását. A régióban működő szakmai centrumok működőképessége továbbra is fenntartható kell, hogy legyen. A kialakított szervezeti egységek nagysága, a működtetés formájától függetlenül el kell, hogy érje az egyes szakmacsoportokban a működés feltételül előírt ágyszámot.⁸⁹

Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat szabályozó szerepe

Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ) állami költségvetésből működtetett központi hivatal, amely a mindenkor szakminiszter közvetlen irányítása alatt áll. Centralizált és egyben dekoncentrált szervezet, amelynek központi és területi szervei ellátják a népegészségügy, valamint az egészségügyi szakigazgatás és koordináció körében meghatározott állami feladatokat és hatásköröket. Az ÁNTSZ-nek az egészségmegőrzésben, a minőségellenőrzésben is jelentős szerepe van.⁹⁰ Az ÁNTSZ élén az országos tisztifőorvos áll, aki feladatait a szakminiszter közvetlen irányításával látja el. A központ, vagyis az Országos Tisztifőorvosi Hivatal (OTH) a fővárosban működik. Hivatali szervezetét közvetlenül nem az országos tisztifőorvos, hanem az OTH igazgatója irányítja. A területi szervek felső szintje a megyékben és a fővárosban található, az illetékes tisztifőorvosok irányítása alatt. Ezek alatt helyezkednek el a városi szervek, illetve a fővárosban az egyes kerületek szervei, amelyeket szintén tisztifőorvosok irányítanak. Ezek szintje alatt külön területi illetékességgel rendelkező hivatali szervezet már nem működik. A városi szervezet illetékességi területén a hatósági munkát részben a hivatal munkatársai, részben az egyes feladatokkal megbízott egészségügyi szolgáltatók látják el. A népegészségügyet, amely állami feladat, szervezetileg az ÁNTSZ fogja össze.⁹¹

Az egészségügyi szolgáltatások igazgatásának irányítása és felügyelete igen sokrétű feladat, amely kiterjed a tárgyi és személyi feltételek összességére. Annak érdekében, hogy az ÁNTSZ megfelelő információkkal rendelkezzen, tanácskozási joggal részt veszhet a szolgáltató intézmények túlnyomó többségét fenntartó helyi önkormányzatok képviselő-testületi ülésein, az egészségügyben illetékes szakbizottságok munkájában, illetve az egészségügyi intézményeket felügyelő testületek ülésein. Másfelől az ÁNTSZ rendszeresen, szükség esetén alkalomszerűen tájékoztatja a helyi önkormányzatokat a lakosság egészségi

⁸⁹ Nyugat-dunántúli Regionális Egészségügyi Tanács honlapja; <http://www.westpa.hu/nydret/>

⁹⁰ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 151.§ (1) bekezdés

⁹¹ Dr Molnár Zsuzsanna: A szakfelügyelet szerepe az ÁNTSZ egészségügyi igazgatási tevékenységében. <http://www.euuzlet.hu/ellatasihibak/2005/molnarzs.ppt>

állapotáról, az egészség romlását kiváltó vélelmezett okokról és a szükséges tennivalókról. Mint központi államigazgatási szerv, közvetlenül intézkedik rendkívüli körülmények esetén (pl. járvány, természeti csapás).⁹²

Az egészségügyi ellátásban a szükséges ismeretek birtokában az ÁNTSZ engedélyezi az egészségügyi szolgáltató tevékenységének végzését, ellenőrzi a tevékenységét és nyilvántartja az engedélyeket. A szolgáltatók bejelentése alapján nyilvántartja, szükség esetén összehangolja, illetőleg a szolgáltatók és a fenntartók véleményének kikérése után megállapítja és közlésezi a megye (főváros) ügyeleti, készenléti ellátásának és a betegbeutalásának területi rendjét, ideértve a gyógyszerügyi ügyeletet és készenlétet is. Szakmai javaslatot tesz egészségügyi intézmények létesítése, fejlesztése, megszüntetése kérdésében a tulajdonos, illetőleg a finanszírozó számára. Javaslatot tesz az egészségügyi ellátás javítását szolgáló szervezeti, szervezési intézkedésekre, véleményezi az egészségügyi intézmények szervezetével és feladatával kapcsolatos módosító elképzeléseket.⁹³

A szervezet élén az országos tisztifőorvos áll. Feladatait a miniszter közvetlen irányításával látja el. Helyileg az Országos Tisztifőorvosi Hivatal (OTH) keretében végzi tevékenységét.⁹⁴ Az OTH önállóan gazdálkodó és teljes jogkörrel rendelkező költségvetési szerv, az irányítása alá tartozó, részben önállóan gazdálkodó és részjogkörrel rendelkező, ugyancsak költségvetési szervként működő, országos intézetnek, vagy központnak nevezett szakmai intézetekkel együtt.

Területileg két szinten szerveződik, a megyei és a városi intézetekben. Budapesten a megyei intézetek jogállásával azonos fővárosi szervezet működik, illetve kerületi szervezetek, amelyek a városi szintnek felelnek meg. Az intézetek egyszemélyi felelős vezetője a megyei (fővárosi), illetve városi (fővárosi kerületi) tisztifőorvos.⁹⁵ Területi illetékesség tekintetében a Főváros és a megyék közigazgatásilag pontosan meghatározott egységet képviselnek. A városi intézetek illetékességét ezzel szemben a miniszter határozza meg.⁹⁶ Területi

⁹² Egészségügyi Minisztérium honlapja, http://www.eum.hu/index.php?akt_menu=2720

⁹³ Dr Molnár Zsuzsanna: A szakfelügyelet szerepe az ÁNTSZ egészségügyi igazgatási tevékenységében. <http://www.euuzlet.hu/ellatasihibak/2005/molnarzs.ppt>

⁹⁴ Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat honlapja, http://efrira1.antsz.hu/portal/page?_pageid=240,38023&_dad=portal&_schema=PORTAL

⁹⁵ Egészségügyi igazgatás, szakfelügyelet és koordináció a fővárosban (1991-2001). Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat. In: Budapesti Népegészségügy. 2002. 33. évf. 1. sz. 5-10. p.

⁹⁶ Az ÁNTSZ szervezetét és működését részletesen a 7/1991 (IV.26.) NM rendelet szabályozza. Ennek alapján az OTH alárendeltségében működnek az országos szakmai intézetek: a Fodor József Országos Közegészségügyi Központ, a Johan Béla Országos Epidemiológiai Központ és az Országos Egészségfejlesztési Központ. A Szolgálat hatósági jogköreit országosan az országos tisztifőorvos gyakorolja, megyei szinten pedig a megyei

illetékességüknek megfelelően a megyei intézetek a városi intézetek, a fővárosi intézet a kerületi intézetek működésének feltételeit biztosítják, felettük irányítást és ellenőrzést gyakorolnak, illetve szakmai segítséget nyújtanak feladataik ellátásához. A megyei (fővárosi) intézetekhez tartozik minden egészségügyi szolgáltatás felügyelete, az alapellátáson kívül, az utóbbi esetben viszont azt a szakfelügyeletet felügyeli, amely az alapellátás ellenőrzését végzi. A városi intézetek az országosan egységes szakmai tartalmú feladatok mellett helyben felügyeletet gyakorolnak az egészségügyi alapellátás felett.

A Szolgálat minden természetes és jogi személyre, valamint jogi személyiséggel nem rendelkező társaságra kiterjedő hatósági jogkört gyakorol. **Az ÁNTSZ:**

- 1) Ellenőrzést végezhet;
- 2) Intézkedhet (határozat alapján) és ellenőrizheti annak végrehajtását;
- 3) Szakhatósági feladatot láthat el;
- 4) szabálysértési eljárást folytathat le.⁹⁷

Az ÁNTSZ a hatósági eljárás során a megállapított tényállás alapján a hiányosságok, szabályszegések jellegét és súlyát mérlegelve meghozott döntéseit határozatokba foglalva közli az érdekelttel, majd ellenőrzi is azok végrehajtását. A tényállás megállapítása érdekében végzett ellenőrzései során minden munkahelyre, illetve bármely emberi tartózkodásra szolgáló helyre beléphet. Minden ellenőrzött személy köteles az ellenőrzést tűrni, és az ahhoz szükséges anyagokat, adatokat, eszközöket és munkaerőt ellenszolgáltatás nélkül az ellenőrző rendelkezésére bocsátani. Amennyiben az ÁNTSZ azt állapítja meg, hogy az általa észlelt jelenség súlyos, vagy tömeges egészségkárosodást okozhat, köteles megtenni mindazokat az intézkedéseket, amelyeket szükségesnek tart a veszély elhárítása érdekében.⁹⁸

2.2.2. Az Egészségbiztosító szabályozó szerepe

Az Egészségbiztosítás szempontjából fontos annak rögzítése, hogy az egészségügyi szolgáltatásra való jogosultság főszabályként a járulékfizetésen alapul. A munkaviszony jellegű jogviszonyban kereső tevékenységet folytatók, és a foglalkoztatók minden jövedelem

tisztifőorvos. Az ÁNTSZ egész szervezetének az irányítását az országos tisztifőorvos végzi az OTH-n keresztül. A Szolgálat szakszerűségének legfőbb garanciája az országos egészségügyi intézetekben végzett magas színvonalú szakmai tevékenység.

⁹⁷ Balázs Péter – Sztrilich András: Jogi szabályozás az egészségügyben. Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest, 2005. 80. p.

⁹⁸ Dr Molnár Zsuzsanna: A szakfelügyelet szerepe az ÁNTSZ egészségügyi igazgatási tevékenységében. <http://www.euuzlet.hu/ellatasihibak/2005/molnarzs.ppt>

után egészségbiztosítási járulékot kötelesek fizetni. Az egészségbiztosító és a beteg közötti kapcsolatot tehát az egészségbiztosítási járulék jelenti. A szabályozás is ennek megfelelően alakul. Az egészségbiztosítási járulékok az Egészségbiztosítási Alapba folynak be, amely a költségvetés része, de elkülönített állami pénzalapként funkcionál. Kizárólagos célja, hogy az egészségügyi ellátások fedezetéül szolgáljon.⁹⁹ Az egészségügyi szolgáltatások jelentős részét az egészségbiztosító ebből a járulékból téríti meg a szolgáltatást igénybevevő helyett, vagyis az egészségbiztosítás alapvető funkciója, hogy megvásárolja, illetve megfizesse az egészségbiztosítás körébe tartozó szolgáltatásokat (a kötelező biztosításra jogosultak számára). Az egészségbiztosítás szerveinek feladata, hogy biztosítsák a szükséges kapacitás megfelelő időben történő lekötését, valamint a teljesített és ellenőrzött szolgáltatások ellenértékének megtérítését az egészségügyi szolgáltatók által nyújtott egészségügyi szolgáltatások vonatkozásában.¹⁰⁰

Az egészségügy társadalombiztosítási keretek közé szervezésének egészségpolitikai célja, hogy olyan mechanizmus működtesse az egészségügyi ellátást, amely érdekeltté teszi a rendszert a hatékonyabb, eredményorientáltabb működtetésben, és egyszersmind képes a betegek érdekeinek védelmét is ellátni.¹⁰¹ Kezdeti időszakban erős volt a késztetés az egészségmegőrzés, a prevenció irányába való elmozdulásra is, a későbbi működés során azonban úgy tűnt, erre kevés eszköz áll rendelkezésre a biztosítási szervezeten belül, inkább az állam feladatáént érdeme erről a tevékenységről gondoskodni.¹⁰² Az egészségügy társadalombiztosításba illesztése mellett a következő érvek sorakoztak fel:¹⁰³

1) A befizetések és a szolgáltatások egymással jobban megfeleltethetők, ad-hoc változtatásoknak nincs tere sem a járulékképzésben, sem a nyújtott szolgáltatások körében.

2) A járulékot fizetők érdekeltsége – képviselőlet esetén – jobban megteremthető a befizetésekben.

3) A járulék fizetése jobban kontrollálható, átlátható.

⁹⁹ A szolidaritás kevésbé szigorú értelmezése, amikor az egyének azonos mértékben járulnak hozzá az egészségügy működtetéséhez (pl. a biztosítási járulék fix összegű) és a szükségletek szerint veszik igénybe a szolgáltatásokat (továbbá az állam az adóbevételekből támogatja, vagy teljes mértékben fizeti a szociálisan rászorultak biztosítását). Ez valójában regresszív finanszírozás – az alacsonyabb jövedelműek a jövedelmük nagyobb hányadát fordítják az egészségügyi biztosításra, mint a magas jövedelműek.

¹⁰⁰ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 154. §

¹⁰¹ Egészségügyi Minisztérium, http://www.oep.hu/portal/page?_pageid=34,1&_dad=portal&_schema=PORTAL

¹⁰² HRPortal, <http://hrportal.hu/index.phtml?page=article&id=57991>

¹⁰³ Orosz Éva: Félúton vagy tévúton? Egészségünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái. Egészséges Magyarországért Egyesület. 2000. 35. p.

4) A szolgáltatást vásárló biztosítónak nem célja az intézmények változatlan fenntartása, kialakíthatja a hatékony teljesítménymérést és minőségkontrollt a mikroszférában is.

5) Az alapszerű működés vagyongazdálkodói szemléletet követel a tulajdonos önkormányzattól, így nem csak a folyó költségek finanszírozója, de hosszabb távú érdekek szem előtt tartása is elvárható tőle.

6) Az alapszerű gazdálkodás lehetővé teszi a gazdaság és a politika napi ingadozásaitól a függetlenedést.

A rendszer bevezetése mellett szólt az az alapismerő is, amely egyúttal mintegy összefoglalóan tartalmazza a korábban felsoroltakat.¹⁰⁴ A járulékot befizető a befizetéssel egyidejűleg szerződéses kapcsolatot teremt a biztosítóval, amely kapcsolat jogilag számon kérhető, és arra kötelezi a biztosított, hogy a befizetéséért cserébe meghatározott szolgáltatásokat vásároljon.¹⁰⁵ E tranzakción keresztül a befizető és a szolgáltatást nyújtó, a harmadik fél, a biztosító segítségével kerül szerződéses kapcsolatba, amely a jogbiztonság, és egyben a számon kérhető minőség intézményét teremti meg.¹⁰⁶

A társadalombiztosítási alapok létrejöttével az államháztartás második legnagyobb önálló alrendszere alakult ki.¹⁰⁷ Elsősorban német, valamint francia példákat követve, 1991-ben döntött a parlament a társadalombiztosítási önkormányzat irányításáról. A törvény célul tűzte ki, hogy a biztosítási önkormányzatok megválasztása segítse tovább a már elindult egészségügyi reformfolyamatot, a korábbinál nagyobb önállóságot biztosítva az alapoknak az önkormányzati felügyeleten keresztül. Mindenképpen elvárható volt az alapoktól, hogy a társadalmi kontroll egyik alapintézményévé váljanak, emellett a politikai hatalmi palettán új szereplőként jelenjenek meg. Az irányításban jelentős változást hozott az 1992-től létrehozott felügyelő bizottságok működése, majd a társadalombiztosítási önkormányzatok 1993. évi megalakítása. Az egészségügyi ágazatban azonban állóháború alakult ki az önkormányzat és a kormányzati irányítás között idővel. Ennek oka többek között az volt, hogy az Egészségbiztosítási Önkormányzatnak az a szereptévesztése volt, amely szerint nem közreműködő, és a parlamenti döntések után végrehajtó, hanem az egészségpolitikát irányító szervként határozta meg magát. 1997-ben az önkormányzat egyetértési joga véleményezési

¹⁰⁴ Az Egészségügyi Minisztérium honlapja, http://www.oep.hu/portal/page?_pageid=34,32914&_dad=portal&_schema=PORTAL

¹⁰⁵ Magyarország.hu <http://www.magyarorszag.hu/segitseg/ugyfelkapu/szolgalattasok3/oep>

¹⁰⁶ Egészségügyi Minisztérium Honlapja; http://www.oep.hu/portal/page?_pageid=34,32914&_dad=portal&_schema=PORTAL

¹⁰⁷ HR Portal, <http://hrportal.hu/index.phtml?page=article&id=57991>

joggá változott. 1998-ban pedig az új kormány felállásával megszűnt a két biztosítási önkormányzat, és az egészségbiztosítási alapok állami felügyelet alá kerültek.¹⁰⁸

Az alapok felügyeletét ettől kezdve közvetlenül a Kormány végzi, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár irányítását a Kormány 1998-99 között a Miniszterelnöki Hivatal, 1999-2001 között a Pénzügyminisztérium politikai államtitkára, 2001-től az egészségügyi, 2002-től az egészségügyi, szociális és családügyi miniszter, 2004. szeptember 29.-től az egészségügyi miniszter útján látja el. A társadalombiztosítás központi hivatali szerve az egészségbiztosítási ágazat tekintetében tehát az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP). Az intézmény élén az egészségügyi miniszter javaslatára a Kormány által kinevezett egy személyi felelősséggel felruházott főigazgató áll, aki irányítja az apparátust. Az OEP irányítása alá tartoznak igazgatási szervei: a fővárosi és a megyei egészségbiztosítási pénztárak, és az Országos Orvosszakértői Intézet (OOSZI). Minden munkáltató, amely legalább 100 társadalombiztosítási ellátásra jogosult személyt foglalkoztat, köteles gondoskodni a törvényben, vagy kormányrendeletben meghatározott társadalombiztosítási és egyéb feladatok ellátásáról. Ennek érdekében társadalombiztosítási kifizetőhelyet hoz létre, vagy e feladatok ellátására megállapodást köt más, kifizetőhelyet fenntartóval. A kötelezettségen túlmenően, bármely magánszemély, jogi személy, jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet a központi hivatali szervvel kötött megállapodás alapján kifizetőhelyet létesíthet.¹⁰⁹

Az Egészségbiztosítási Alap állami garanciával működik, fő bevételi forrását a járulékokból származó bevételek jelentik, melyet 1999. óta az APEH szed be. A járulékok mértékét és megoszlását az egészségbiztosítási és nyugdíjbiztosítási alapok között az Országgyűlés törvényben határozza meg. Az egyik kulcs szerep, hogy kialakuljon az egészségbiztosítás aktív vásárlói szerepe, amelyben a biztosító – a hatásosság és a hatékonyság kritériumai alapján – mérlegeli, hogy milyen szolgáltatást és melyik szolgáltatótól vásárol. Az alapok forrásainak, vagyis a munkavállalók és a munkáltatók által befizetett, illetve a költségvetés által átvállalt járulékoknak, hozzájárulásoknak és egyéb befizetéseknek a hatékony felhasználását az egészségbiztosítási ágazatban jelenleg az Egészségbiztosítási Ellenőrző Testület ellenőrzi. A Testület feladatköre, hogy véleményezze az alap zárszámadásra vonatkozó törvény tervezetét, évente értékelje a biztosítási ág

¹⁰⁸ Semmelweis Ferenc: Egy demokratikus tévedés – az egészségügyi önkormányzat. Hungaromed: A korszerű kórház 2003. 2003. szeptember 30- október 1. 200-203. p

¹⁰⁹ Magyarország.hu; <http://www.magyarorszag.hu/segitseg/ugyfelkapu/szolgaltatasok3/oep>

helyzetét, működési feltételeinek alakulását, illetve hogy vizsgálatot és ellenőrzést kezdeményezhet az alap kezelésével és felhasználásával összefüggő kérdésekben. A Testület tevékenységéről évente tájékoztatást ad az Országos Érdekegyeztető Tanácsnak, továbbá beszámol az Országgyűlés illetékes bizottságának.¹¹⁰

Az OEP-nek kell érvényre jutatnia azt, hogy a biztosítottak esélyegyenlősége érvényesüljön, és ésszerű egyensúly alakuljon ki az alapellátás és szakellátás között.¹¹¹ Fontos, hogy az alapellátás magas színvonalú legyen, a dolgozó orvosok szakmailag felkészültek, a betegek elsődlegesen a leghumánusabb környezetben, otthonukban is hozzájuthassanak a gyógyuláshoz, egészségi állapotuk megőrzéséhez szükséges szolgáltatásokhoz. Az OEP természetbeni és pénzbeli ellátásokat nyújt a biztosítottaknak. A természetbeni ellátások tartalmazzák a térítésmentes egészségügyi szolgáltatásokat, így a megelőzés célú vizsgálatokat, az egészségügyi alapellátást, fekvőbeteg ellátást, járóbeteg ellátást, fogászati ellátás bizonyos eseteit, a rehabilitációt, betegszállítást és baleseti ellátást. Szintén a természetbeni ellátások köréhez tartoznak az ártámogatások, így a gyógyszerár-támogatás, a gyógyászati segédeszközök ártámogatása, az útiköltség térítés és egyéb, méltányossági alapon történő támogatás. Bizonyos szolgáltatások esetében a biztosítottak térítési díjat fizetnek, ilyen számos fogászati ellátás, az extra egyéni igényeket kielégítő kórházi ellátás és elhelyezés, valamint a szanatóriumi kezelés.¹¹²

Az OEP szerződéses kapcsolatban áll az egészségügyi szolgáltatókkal. Az egészségügyi intézmények beruházási- és fejlesztési költségei nem az Egészségbiztosítási-Alap költségvetését terhelik, ezeket az intézmények tulajdonosai (helyi önkormányzatok, egyetemek, vagy az országos intézetek esetében az állam) fedezik. Magyarországon napjainkban az egészségügyi intézmények 98 %-a önkormányzati tulajdonban van. Mivel az egészségügyi szolgáltatások vállalkozási formában való ellátásának jogi lehetősége adott, ennek folytán az ellátás nyújtásának jelentős részét a különböző autonómiával rendelkező tulajdonosok, így a helyi önkormányzatok, egyházak, alapítványok és nem utolsósorban egészségügyi vállalkozások, magánorvosok által fenntartott intézmények is biztosíthatják.¹¹³

¹¹⁰ Balázs Péter – Feith Helga Judit – Szrilich András: Igazgatás az egészségügyben. Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest, 2006. 240. p.

¹¹¹ Egészségügyi Minisztérium honlapja, http://www.eum.hu/index.php?akt_menu=2720

¹¹² Bukodi Zsolt – Molnár Gizella – Dr. Villányi Tiborné: Társadalombiztosítási kézikönyv munkáltatók és társadalombiztosítási ügyintézők részére. UNIÓ Kiadó, Budapest, 2006.

¹¹³ Németh György: Az egészségpénztár. In: Egészségügyi Gazdasági Szemle. 1999. 37. évf. 6. sz. 607-630. p.

Továbbá lehetőség van arra is, hogy a beteg személyt bizonyos előzetes feltételek teljesítése után külföldön gyógykezeljék. A gyógykezelés céljából háziorvosi ellátásra, fogászati ellátásra, járóbeteg-szakellátásra, fekvőbeteg-szakellátásra, orvosi rehabilitációra és betegszállításra kerülhet sor. Bizonyos egészségügyi szolgáltatásokat beutaló nélkül lehet igénybe venni, míg más ellátások esetén beutalóra van szükség. A beutalásra jogosult orvosok köre törvényben meghatározott. A beutalónak fontos szerepe van a magyar egészségügyi rendszerben a szolgáltatások nyújtása szempontjából. Ez a progresszivitás elvét is érvényre juttatja, vagyis azt, hogy a beteg az adott ellátást azon a szinten vegye igénybe, ahol az a gyógyulását a legjobban szolgálja.

Az Egészségbiztosítási Felügyelet szabályozó szerepe

Az egészségbiztosítás feletti felügyeletet az Egészségbiztosítási Felügyelet gyakorolja. Az egészségbiztosítás hatósági felügyeletének célja az egészségbiztosítás törvényes, zavartalan és magas színvonalú működésének biztosítása, a biztosítottak érdekeinek védelme, az egészségbiztosítási befizetések jogszerű, gondos és hatékony felhasználásának előmozdítása.¹¹⁴ Az egészségügyi (köz)szolgáltatások sajátos piacán is szükség van az általános piacfelügyeletet kiegészítő, ágazati piacfelügyeletre, ami megakadályozza, hogy a kötelező biztosítást szervező biztosító(k) szolgáltatói monopóliumokkal kerüljenek szembe. Fontos, hogy az ellátási szerkezet, a kínált szolgáltatások, az igénybevételi feltételek megváltoztatása mellett a jogosultságok és a forrásfelhasználás jogszerűsége, a tájékozottsághoz és nyilvánossághoz fűződő alapvető érdekek érvényesüljenek, ezért kellett létrehozni ezt a hatóságot.¹¹⁵ Az Egészségbiztosítási Felügyelet tevékenységének célja a biztosítottak egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatos fogyasztóvédelmének ellátása, az egészségbiztosítási szolgáltatások minőségének ellenőrzése, örökös a szereplők tisztességes piaci magatartásának megtartása fölött.¹¹⁶ Az egészségbiztosítási ellátást nyújtók és az egészségügyi szolgáltatók biztosítottakkal kapcsolatos tevékenysége felügyeletének ellátása, az egészségbiztosítási befizetések felhasználásának és az egészségbiztosítás szereplőinek törvényes és szakmailag magas színvonalú működésének ellenőrzése szintén fontos célkitűzése a hatóságnak.

Az egészségbiztosítás hatósági felügyelete kiterjed az egészségbiztosítási szolgáltatások tekintetében az egészségbiztosítási szervekre, az Önkéntes Kölcsönös Biztosító

¹¹⁴ 2006 évi CXVI törvény az egészségbiztosítás hatósági felügyeletéről, 1.§ (1) bekezdés.

¹¹⁵ Magyarország.hu <http://www.magyarorszag.hu/kozigazgas/intezmenyek/egyszerv/egbiztfelugy>

¹¹⁶ Egészségbiztosítási Felügyelet honlapja; <http://www.ebf.hu/>

Pénztárakra,¹¹⁷ a magánbiztosítókra¹¹⁸ és az egészségügyi szolgáltatókra.¹¹⁹ A Felügyelet ellátja az egészségbiztosítási szolgáltatást igénybe vevők jogainak védelmével, az egészségbiztosítók, továbbá az egészségbiztosítási szolgáltatást nyújtók szakmailag, minőségileg, a törvényeknek és a szolgáltatást igénybe vevők érdekeinek megfelelő működése ellenőrzésével, az egészségbiztosítási szolgáltatások - beleértve a gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz-ellátást is - teljesítésének ellenőrzésével kapcsolatos feladatait.¹²⁰ A Felügyelet az egészségbiztosítók tekintetében az egészségbiztosító és az egészségügyi szolgáltató közötti szerződések szabályszerűségét, az egészségzakmai szabályok teljesülését, a nyújtott szolgáltatások minőségét vizsgálja.¹²¹ A Felügyelet kezdeményezheti az adott tárgykörben a feladatkörrel rendelkező miniszternél az egészségbiztosítókat, az egészségbiztosítási szolgáltatásokat és az egészségügyi szolgáltatókat érintő jogszabály megalkotását.¹²² A Felügyelet lényeges feladata az egészségbiztosítási szolgáltatások hozzáférhetőségének és minőségének ellenőrzése.¹²³

A Felügyelet lényeges feladata a felügyeleti ellenőrzés illetve piacfelügyeleti eljárás végzése. A Felügyelet vizsgálatot, illetve ellenőrzést kezdeményezhet az Egészségbiztosítási Alap kezelésével és felhasználásával összefüggő kérdésekben.¹²⁴

A Felügyelet vizsgálatot, illetve ellenőrzést kezdeményezhet továbbá az Egészségbiztosítási Alap kezelésével és felhasználásával összefüggő kérdésekben.¹²⁵ A Felügyelet javaslatot tesz azokra az egészségügyi szolgáltatásokra, amelyeket a központi költségvetésből kell finanszírozni, és véleményezi az ellátásokat meghatározó jogszabályok tervezeteit.¹²⁶

¹¹⁷ Lásd: 1993. évi XCVI. törvény tekintetében az önkéntes kölcsönös egészségbiztosítási pénztárakra, amelyek a külön törvényben meghatározottak szerint egészségügyi természetbeni ellátásokat vásárolhatnak a tagjaik számára.

¹¹⁸ Lásd: 2003. évi LX. törvény a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről, amely biztosítók egészségügyi szolgáltatást vásárolhatnak tagjaik számára.

¹¹⁹ 2006. évi CXVI. törvény az egészségbiztosítás hatósági felügyeletéről, 1.§ (2) bekezdés.

¹²⁰ Egészségbiztosítási Felügyelet honlapja; <http://www.ebf.hu/>

¹²¹ Magyarország.hu; <http://www.magyarorszag.hu/kozigazgatas/intezmenyek/egyszerv/egbiztfelugy>

¹²² 2006. évi CXVI. törvény az egészségbiztosítás hatósági felügyeletéről, 6.§ (1) – (3) bekezdés

¹²³ Magyarország.hu; <http://www.magyarorszag.hu/kozigazgatas/intezmenyek/egyszerv/egbiztfelugy>

¹²⁴ 2006. évi CXVI. törvény az egészségbiztosítás hatósági felügyeletéről, 15.§ (3) bekezdés

¹²⁵ Kovácsy Zsombor: Az új Egészségbiztosítási Felügyelet feladatai a nem állami egészségbiztosítók vonatkozásában; pszaf.hu/resource.aspx?ResourceID=pszafhu_biztkonf2007_kovacsyz

¹²⁶ 2006. évi CXVI. törvény az egészségbiztosítás hatósági felügyeletéről, 16.§

2.2.3. A helyi – települési önkormányzatok szerepe az egészségügyben

Az Önkormányzati törvény (a továbbiakban: Ötv.) önkormányzati ügyként, a helyi önkormányzatok önkormányzati feladataként határozzák meg az egészségügyi ellátásról való gondoskodást. Az Alkotmány 43. § (2) bekezdése kimondja, hogy a helyi önkormányzati jogokat és kötelezettséget törvény állapítja meg. Az Ötv. 1. § (5) bekezdése, valamint 8. §-ának (3) bekezdése a kötelezően ellátandó feladatok tekintetében külön nevesítetten is kimondja, hogy kötelező feladat- és hatáskört a helyi önkormányzat számára csak törvényben lehet előírni. Az önkormányzati törvény 8. §-ának (4) bekezdése és 70. § (1) bekezdés b) pontja a kötelező egészségügyi feladatok ellátását illetően úgy rendelkezik, hogy a települési önkormányzat köteles gondoskodni az egészségügyi alapellátásról, a megyei, illetve a fővárosi önkormányzat pedig az alapellátást meghaladó egészségügyi szakellátásról. E feladatellátási kötelezettség az önkormányzati jogok oldaláról azt is jelenti, hogy az önkormányzat szabadon, a jog – ez esetben törvény – által szabályozott keretek között, felelősséggel és önállóan dönt a feladatkörébe tartozó közszolgáltatás biztosításának módjáról. Ez következik az önkormányzati törvénynek az önkormányzati jogokat szabályozó azon rendelkezéséből, amely szerint “A helyi közügyek a lakosság közszolgáltatásokkal való ellátásához..., valamint mindezek szervezeti, személyi és anyagi feltételeinek megteremtéséhez kapcsolódnak” (önkormányzati törvény 1. § (2) bekezdés). Ugyancsak ezt erősíti, illetve részletezi a hivatkozott törvény, amely a 81. § (1) bekezdésében úgy rendelkezik, hogy “Az önkormányzat...feladatait saját költségvetési szerv útján, más gazdálkodó szerv támogatásával, szolgáltatások vásárlásával, illetve egyéb módon látja el.”

Az Alkotmány és az Ötv. e rendelkezéseiből következően a helyi önkormányzatokat az egészségügyi ellátás biztosítása körében terhelő kötelezettségeket is csak törvényben lehet meghatározni. Azzal, hogy az Alkotmány kimondja, hogy az önkormányzatokat az önkormányzati feladatok körében megillető jogokat és kötelezettségeket csak törvényben lehet szabályozni, elsősorban a Kormánnyal és a közigazgatás központi szerveivel szemben részesíti védelemben az önkormányzatok önállóságát. Az Alkotmány rendelkezései alapján nincs arra mód, hogy a Kormány vagy a központi közigazgatás szervei akár normatív, akár egyedi döntésükkel beavatkozzanak az önkormányzatokat az Alkotmány 44/A. § (1) bekezdés a) pontja alapján az önkormányzati ügyekben megillető igazgatási és szabályozási autonómia gyakorlásába.¹²⁷

¹²⁷ 77/1995 (XII. 21.) AB határozat indokolása

Az önkormányzatokat az egészségügyi ellátás megszervezése körében terhelő kötelezettségek törvényi meghatározása a lehető legmagasabb szintű egészséghez való alapvető jog megvalósulásának az egyik legfontosabb jogi biztosítója. Azzal, hogy a finanszírozási szerződésektől függenek a helyi önkormányzatok kötelezően ellátandó feladatai, gyakorlatilag megszűnik a kötelezően ellátandó feladat előírásának garancia jellege. A törvényhozás ezzel lehetőséget ad arra, hogy kizárólag a finanszírozásban érdekelt szervek aktuális gazdasági érdekei határozzák meg azt, hogy mely területeken működjenek egészségügyi szakellátást, járó- és fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmények, és azok milyen egészségügyi szolgáltatásokat nyújtsanak. Ez magában hordozza annak valós veszélyét, hogy egyes területeken az ott élők ellátás nélkül maradjanak.

A községnek, nagyközségnek, városnak, fővárosnak és kerületeinek (továbbiakban: települési önkormányzat), és a megyei önkormányzatnak egymástól eltérő feladat- és hatáskörei lehetnek. A helyi önkormányzatok a helyi igényektől és teljesítőképességtől függően egymástól eltérő önkormányzati feladat- és hatásköröket vállalhatnak. Az önkormányzatok a helyi demokratikus hatalom gyakorlás létesítményei, széles és átfogó felelősséggel igazgatják a helyi közügyeket. A helyi közügyek ellátása, azok szervezeti, személyi feltételeinek megteremtése, és biztosítása tipikusan a közszolgáltatások megszervezéséhez kapcsolódik.¹²⁸ A közszolgáltatások biztosításának kötelezettségét az önkormányzati törvény – illetve ahhoz kapcsolódóan az egyes ágazati törvények, így nevezetesen az egészségügyi törvény is – az önkormányzat típusonként (települési önkormányzat, megyei önkormányzat) illetve az azonos típusú önkormányzaton belül az önkormányzatok nagysága és teljesítőképessége szerint differenciálta, amelynek eredményeként meghatározásra került a települési önkormányzatok kötelező feladata, valamint a megyei önkormányzatok kötelező feladata.¹²⁹

A törvény a nagyobb lakosságszámú, és teljesítőképességű önkormányzatoknak - más helyi önkormányzatokhoz képest - több kötelező feladat- és hatáskört állapíthat meg. A kisebb lakosságszámú település önkormányzata - amennyiben saját maga vagy társulásával arról közösen gondoskodni tud - működési területén önként vállalhatja a törvény által a nagyobb lakosságszámú települési önkormányzatnak, illetve megyei önkormányzatnak kötelezően előírt közszolgáltatás megszervezését. Ilyen esetben költségvetése számára igényelheti az

¹²⁸ Karner Tamásné: Az egészségügyi igazgatás szerepe az egészségügyi gazdálkodásban, kiemelten az Erzsébet kórházban. In: Egészségügyi Gazdasági Szemle. 2003. 41. évf. 6. sz. 55-63. p.

¹²⁹ Önkormányzati igazgatási szervek. <http://www.magyarorszag.hu/kozigazgas/intezmenyek/onkig>

átvállalt feladattal arányos fedezet biztosítását.¹³⁰ A feladatok körébe részben személyes egészségügyi szolgáltatások, részben közösségi szintű feladatok tartoznak. Utóbbiakat a népegészségügyi teendőknek nevezhetjük. A népegészségügyi feladatokat teljesítő szolgáltatások nem feltétlenül tartoznak az egészségügyi ágazathoz, ezek egy része ugyanis kommunális műszaki területre tartozik.

A települési önkormányzatok egészségügyben betöltött szerepét három csoportba lehet besorolni: **1)** saját egészségpolitikájuknak kialakítása; **2)** ellátási felelősségüknek eleget tenni; és **3)** egészségügyi intézmények fenntartása. Az első fontos feladatuk saját egészségpolitikájuknak a kialakítása, amellyel törekszenek a területükön élők egészségi állapotának javítására, az egészségi állapotot veszélyeztető kockázati tényezők befolyásolására. A második feladat a területükön élő lakosság közös érdekeinek képviselőjeként ellátási felelősségüknek eleget tenni, ami az alapvető egészségügyi szükségletek felmérésére és az egészségügyi ellátás feltételeinek ehhez igazítására is kiterjed. Harmadrészt pedig a helyi-települési önkormányzatok sokszor az egészségügyi intézmények tulajdonosai is (amelyeknek gazdaságos működtetésében ők is érdekeltek).¹³¹ Ezek után fontos azt is megjelölni, hogy – tekintettel Magyarországnak a megye rendszer alapján kialakított közigazgatására – milyen kötelezettségei vannak az egészségügy területén a megyéknek. A megyei önkormányzat, területi önkormányzat, köteles ellátni azokat a törvényben előírt feladatokat, amelyek megoldására települési önkormányzat nem kötelezhető, vagyis a települési önkormányzatoknak kötelessége az egészségügyi alapellátás feladatainak az teljesítése, míg a megyei és a fővárosi önkormányzat az alapellátást meghaladó egészségügyi szakellátásról köteles gondoskodni, így a járóbeteg és a fekvőbeteg szakellátásról.¹³² Ezek az ellátások azért csak ezen a szinten kötelezőek, mert fenntartásuk – a tárgyi és személyi feltételek biztosítása – jelentős forrásokat igényel, amelyek a kisebb önkormányzatokban nem feltétlenül állnak rendelkezésre. Törvény a megyei önkormányzat kötelező feladatává teheti az olyan körzeti jellegű közszolgáltatás biztosítását, amely a megye egész területére, vagy nagy részére kiterjed. Törvény kötelező megyei feladatként írhatja elő az olyan körzeti jellegű közszolgáltatás megszervezését, ahol a szolgáltatást igénybe vevők többsége nem a szolgáltatást nyújtó intézmény székhelye szerinti települési önkormányzat

¹³⁰ 1990. évi LXV. törvény a helyi önkormányzatokról 16. §. (1) bekezdés

¹³¹ A települési önkormányzat. <http://www.bm.hu/onkorm/szervek/ii.html>

¹³² Önkormányzati igazgatási szervek. <http://www.magyarorszag.hu/kozigazgatas/intezmenyek/onkig>

területén lakik.¹³³ A körzeti jellegű közszolgáltatást biztosító megyei intézmény székhelye szerinti település önkormányzata - a megyei önkormányzat egyetértésével - az intézmény fenntartását, fejlesztését és irányítását a megyei önkormányzattól átvállalhatja. A megyei önkormányzat a körzeti közszolgáltatást biztosító megyei intézmény székhelye szerinti települési önkormányzat kérésére az intézmény fenntartását, fejlesztését és irányítását a települési önkormányzatnak - legalább hároméves időtartamra - átadja, ha a megelőző négy év átlagában a településen lakóhellyel rendelkező lakosok közül került ki az intézményi szolgáltatást igénybe vevők többsége.¹³⁴ A közszolgáltatási feladatot ellátó intézmény átadását, átvételét megállapodásba kell foglalni. A megyei önkormányzatok kötelező feladatai közé tartozik tehát az alapellátást meghaladó egészségügyi szakellátás, amennyiben azt a települési önkormányzat nem vállalja.¹³⁵ Közismert tény ugyanis, hogy számos városi önkormányzat tart fenn szakorvosi rendelőintézetet vagy kórházat. A törvény, a feladatok és hatáskörök általános meghatározásánál ad erre lehetőséget. A megyei és a fővárosi önkormányzaton kívül bármely önkormányzat önként vállalhatja ezeket a feladatokat, ha működési területén saját maga, vagy más önkormányzatokkal társulva gondoskodni képes a szükséges feltételek megteremtéséről.

Az egészségügyi szolgáltatások finanszírozása megoszlik az Egészségbiztosító Pénztár és a települési-területi önkormányzatok között. A települési-területi önkormányzatok általában az egészségügyi szolgáltatást nyújtó intézményeknek a fenntartói, az ő felelősségük, hogy zavarmentesen biztosítva legyen a területükön élők számára az egészségügyi ellátások igénybevételeének a lehetősége, amennyiben betegségük miatt azt igénybe kell venniük. Ennek egy nagyon fontos kelléke a finanszírozási szerződés. A közegészségügyi szolgáltatók ugyanis csak érvényes finanszírozási szerződések alapján tarthatnak igényt az ellátott betegek után járó egészségbiztosítási díjazásra, ami azonban nem tartalmazza az intézmények és az eszközállomány amortizációs költségeit.¹³⁶ Azt az önkormányzatnak, mint fenntartónak kell biztosítania. Ebből látható, hogy az önkormányzati finanszírozás általános rendszere és az egészségügy finanszírozása nincs összehangolva. Azokra a feladatokra, amelyeket a törvény előír az önkormányzatoknak, arra központi normatívát kapnak a központi költségvetésből.

¹³³ 1990. évi LXV. törvény a helyi önkormányzatokról 69. §. (1) – (4) bekezdések

¹³⁴ Szabó Lajos: A megyei önkormányzatok. Municipium Magyarország Alapítvány. <http://www.vaskozig.helyinfo.hu/domain2/files/modules/module15/25090A79E8E49BCD.pdf>

¹³⁵ 1990. évi LXV. törvény a helyi önkormányzatokról 70. § (1) bekezdés b. pont

¹³⁶ Az önkormányzatokat terhelő egészségügyi ellátás társadalombiztosítási finanszírozásának terjedelmét meghatározó törvényi rendelkezés csak távoli összefüggésben van az önkormányzati alapjogokkal, mint hatásköri jogosítványokkal

Azonban az egészségügyi infrastruktúra fenntartására és fejlesztésére nincs ilyen központi normatíva. Vagyis előáll az a helyzet, hogy adott esetben az önkormányzat köteles gondoskodni az egészségügyi alapellátásokról a helyi önkormányzatokról szóló törvény¹³⁷ szerint, azonban az ehhez szükséges anyagi forrásokat nem kapja maradéktalanul meg. Amennyiben viszont nem teljesíti a törvényben előírt kötelezettségét, abban az esetben jogsértést követ el, annak jogi következményeiért pedig köteles helytállni. Számos települési önkormányzat az egészségügyi alapellátás mellett a szakellátást is biztosítja a területén élők számára. A közegészségügyi intézmények (kórházak) fenntartójaként a hatáskörét képezi ezeknél az intézményeknél az alapítói jogok, a létesítés, az átszervezés, illetve a megszüntetés gyakorlása, az intézmény költségvetésével kapcsolatos jogok gyakorlása, az intézmény vezetőinek tekintetében a munkáltatói jogok gyakorlása, az intézmény működését szabályozó dokumentumok (pl. szervezeti és működési szabályzat, házirend) jóváhagyása, valamint az intézmény működésének folyamatos felügyelete és ellenőrzése.¹³⁸ A területi ellátási kötelezettség körében az egészségügyi intézmény fenntartója köteles biztosítani az általa fenntartott egészségügyi intézményben az egészségügyi szolgáltatás nyújtásához szükséges szakmai feltételeket, valamint az egészségügyi intézmény működőképességét és fejlesztését.¹³⁹ A területi ellátási kötelezettség körében fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi intézményekben kórházi felügyelő tanács és kórházi etikai bizottság működik. A kórházi felügyelő tanács a fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi intézmény által nyújtott egészségügyi szolgáltatással összefüggő feladatkörében véleményt nyilvánít, és javaslatokat tesz az intézmény működésével, fenntartásával és fejlesztésével kapcsolatos kérdésekben, biztosítja a kapcsolattartást az intézmény vezetése és az érintett lakosság között, képviseli az érintett lakosság érdekeit az intézmény működésében, valamint figyelemmel kíséri az intézmény működését.¹⁴⁰

A helyi-települési önkormányzatok feladatai az egészségügyi alapellátás körében, hogy gondoskodjanak a háziorvosi, házi gyermekorvosi ellátásról, a fogorvosi alapellátásról, az alapellátáshoz kapcsolódó ügyeleti ellátásról, a területi védőnői ellátásról és az iskola-egészségügyi ellátásról. Az alapellátási szakmai tevékenységek között olyan szolgáltatások is szerepelnek, amelyek kapcsán a jogalkotó eltekintett a kötelezéstől. Ilyen feladatok a foglalkozás-egészségügyi alapszintű ellátás és a háziápolás. A települési önkormányzat

¹³⁷ 1990. évi LXV. törvény a helyi önkormányzatokról 8. § (4) bekezdés

¹³⁸ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 155. § (1) bekezdés

¹³⁹ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 155. § (2) bekezdés

¹⁴⁰ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 156. §

képviselő-testülete állapítja meg és alakítja ki az egészségügyi alapellátások körzeteit, több településre is kiterjedő ellátás esetén a körzet székhelyét. A helyi önkormányzatok biztosítják a tulajdonukban vagy használatukban levő járóbeteg-szakellátást, illetőleg fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi intézmények működését is.¹⁴¹ A szakosított ellátások biztosítása azonban már nem a települési önkormányzatok kötelező feladata, hanem a megyei (fővárosi) önkormányzatoké, természetesen lehetséges települési szinten való biztosításuk is abban az esetben, ha erre van anyagi fedezet, és a helyi önkormányzat szükségesnek tartja működtetésüket.

Az egészségügyi ellátások területén a fenntartói-tulajdonosi jogokat az önkormányzat nevében a képviselő testület gyakorolja.¹⁴² Az Alkotmány 44/A. §-a a helyi képviselő-testület jogaiként meghatározza és ezzel alkotmányos védelemben részesíti a helyi önkormányzatoknak azokat az alapjogait, amelyek a helyi önkormányzatok autonómiáját hivatottak biztosítani. Az elnevezésben kivételt a főváros és a megye képez, amely esetekben a feladatot a közgyűlés látja el (a továbbiakban, amennyiben érdemi eltérés nincs, a képviselőtestület megnevezés egyben a közgyűlést is jelenti). Ezen önkormányzati alapjogok között állapítja meg a 44/A. § (1) bekezdés a) pontja a képviselő-testületnek azt a jogát, hogy önkormányzati ügyekben a képviselő-testület önállóan szabályoz és igazgat. Saját felépítésének és működésének szabályozására a képviselő-testület szervezeti és működési szabályzatot alkot. A testületi működés tekintetében a szakfeladatok terén, így a helyi egészségügyben is, a bizottságoknak van jelentősége, amelyek szakmai feladatok szerint szerveződnek.¹⁴³ Jelentősebb lélekszámú, és egészségügyi szakfeladatokat is ellátó helyi önkormányzatokban sem feltétlenül jellemző, hogy a hatékony bizottsági munka ellátásához a képviselők között elegendő számban lennének egészségügyi szakemberek. Ezért a szervezeti-működési szabályzatok általában lehetővé teszik külső, tehát nem képviselő, szakértő tagok bevonását a munkába.¹⁴⁴

A települési önkormányzatok tehát alapvetően az alapellátásért felelősek, amelynek levezetésére az önálló orvosi tevékenységről szóló törvény a legalkalmasabb, amikor részletezi az önkormányzatoknak az egészségügyi ellátás biztosításáért viselt felelősségét.

¹⁴¹ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 152.§ (1) – (3) bekezdés

¹⁴² Önkormányzati igazgatási szervek. <http://www.magyarorszag.hu/kozigazgatas/intezmenyek/onkig>

¹⁴³ Sashalmi Judit: A többcélú kistérségi társulások modellkísérletének tapasztalatai. <http://www.otk.hu/cd04/4szek/Sashalmi%20Judit.htm>

¹⁴⁴ Lacó Bálint: Még mindig megoldásra vár a kistérségi forrásszabályozás. www.terport.hu/download.php?ctag=download&docID=4844

Az önkormányzati feladat-ellátási szabadság azonban nem minden korlát nélküli, hiszen a helyi közügyek önálló szabályozásának, gyakorlásának és biztosításának joga a törvények keretei között illeti meg az önkormányzatot is, azzal, hogy döntését kizárólag az Alkotmánybíróság illetve a bíróság bírálhatja felül, de csak akkor, ha az jogszabályt sért. Természetesen ez azt is jelenti, hogy az önkormányzat a kötelező feladat ellátása tekintetében nem mérlegelhet, mint ahogyan az az önként vállalt feladatoknál természetes. Az önkormányzati döntési szabadság e körben csupán arra terjedhet ki, hogy kötelezettségének milyen módon tesz eleget. Figyelemmel arra, hogy a kötelező feladatok köre – mint helyi közügyek – a lakosság széles körét érintik, a jogszabályi feltételek megtartása mellett az önkormányzat akkor jár el helyesen, ha figyelemmel van a lakosság tényleges szükségleteire és igényeire is. Ez azzal is járhat, hogy a kötelező feladatokon belül egyesek kiemelten figyelmet kapnak, mások ellátása során viszont a jogszabályokban, szakmai szabályokban rögzített minimum teljesítésére vállalkoznak.¹⁴⁵

Mint ahogyan arról már szó volt, az önkormányzati törvény közfeladatok széles körét a helyi közügyek körébe vonta, meghatározva ezáltal a kötelező alapfeladatokat. Az egészségügyet érintően a kötelező feladat – más ágazati feladatokhoz hasonlóan mint pl. a szociálpolitika – keret jelleggel került szabályozásra, ami azt jelenti, hogy a kötelező egészségügyi alapfeladatok körén külön törvényben kellett a törvényhozónak meghatározni. E külön törvény az egészségügyről szóló 1997.-ben elfogadott törvény, amely megtöltötte tartalommal az egészségügyi alapellátás kereteit. Az egészségügyi törvény természetesen nem sorolja fel tételesen (az egészségügyi alapfeladatok ellátásában résztvevő valamennyi szereplőjének a feladat- és hatásköreit. Egyes esetekben csak utal azokra, máskor pedig még ezt sem teszi, mivel az más jogszabályokban került részletesen szabályozásra, illetve azokból levezethető. Így az alapellátás megszervezésének részletesebb szabályozásra, sem e törvény keretei között találunk rendelkezéseket, hanem az ágazati jogszabályban, illetve általánosságban magában az önkormányzati törvényben. Mindebből az következik, hogy ha az alapellátás bármelyik elemét átfogóan vizsgálni kívánjuk, nem elégséges csak azt a jogi normát figyelembe venni, amelyik a tárgykört leginkább részletezi, hanem fel kell térképezni annak részletesebb jogi környezetét is, nem hagyva figyelmen kívül a jogszabályok hierarchiáját sem.

¹⁴⁵ Ezért fordulhat elő az, hogy két egymás melletti településen (pl. két egymással határos kerületben) jelentősen eltér egymástól ugyanazon közfeladat ellátás színvonala.

Eltérő jogszabályok rendelkeznek és vonatkoznak a különböző feltételekről, ha a házi orvos pl. közalkalmazott, de ugyancsak más szabályok vonatkoznak a vállalkozó házi orvosokra és megint mások a gazdasági társasági formában végzett tevékenység esetén.

Az önkormányzat tehát mint a feladat-ellátás biztosításában első helyen érintett saját – azaz a lakosság – szükségletei és igényei szerint, de legalább a törvényi minimum határáig köteles a közszolgáltatás biztosításáról gondoskodni.¹⁴⁶ Elvi tarthatatlan joga tehát az, hogy egy közszolgáltatási üzemeltetési formák között is szabadon válogasson, azaz eldöntse azt a formát, módot, ahogy kötelező feladatának eleget kíván tenni. Ez tehát azt jelenti, hogy – figyelemmel az önkormányzati törvény már hivatkozott 81. §-ára -, hogy az egészségügyi alapellátási feladatai biztosítása körében működtethet költségvetési szervet (ilyen esetben közalkalmazott házi orvosok biztosítják a betegellátást) intézmény-fenntartó társulást hozhat létre, vagy abba belép – amely szintén közalkalmazottakat foglalkoztat – illetve kötelező feladata ellátására a Polgári törvénykönyv 685. §-ában nevesített gazdálkodó szervezettel¹⁴⁷ szerződést köt. Természetesen az sem kizárt, hogy ő maga hozzon létre a kötelező feladata ellátását is biztosító gazdálkodó szervezetet, amennyiben annak jogszabályi feltételei adottak.¹⁴⁸

Az önkormányzatnak a fentiekben vázolt nagyfokú döntési szabadsága azt is magában hordozza, hogy a közszolgáltatások nyújtása során rendelkezze a vagyonával, tulajdonával. Ezt azért fontos kiemelni, mivel az egészségbiztosítás csupán az egészségügyi ellátást téríti meg a beteg után, de az egészségügyi szolgáltatást nyújtó intézmények fenntartása már a települési, illetve a területi önkormányzatok feladata, tekintettel az ellátók közszolgálati jellegére. A tulajdonnal való rendelkezés joga – miként tulajdonvédelme - éppen úgy megilleti az önkormányzatot, mint mindenki más.¹⁴⁹ Az egészségügyi szolgáltatásokhoz kapcsolódó önkormányzati tulajdon döntő többsége ex lege tulajdonszerzéssel jött létre az önkormányzati törvény hatályba lépésével. E törvény – valamint az Alkotmány is – az önkormányzati vagyon juttatása mellett meghatározta a vagyonnal (tulajdonnal) való gazdálkodás főbb szabályait, illetve a tulajdon védelmének jogi garanciáit is. Az

¹⁴⁶ Önkormányzati igazgatási szervek. <http://www.magyarorszag.hu/kozigazgatas/intezmenyek/onkig>

¹⁴⁷ így különösen gazdasági társasággal, közhasznú társasággal, magán vállalkozóval, szövetkezettel stb.

¹⁴⁸ Lacó Bálint: Még mindig megoldásra vár a kistérségi forrásszabályozás.

www.terport.hu/download.php?ctag=download&docID=4844

¹⁴⁹ Az Állami Számvevőszék jelentése egyes települési és helyi kisebbségi önkormányzatok pénzügyi-gazdasági tevékenységének 1998. évi ellenőrzési tapasztalatairól. http://209.85.135.104/search?q=cache:HZ6Enoxm_i4J:www.asz.gov.hu/ASZ/jeltar.nsf/0/65433CE5F791AD71C1256CB100449FBF%3FOpenDocument+telep%C3%BCI%C3%A9si+%C3%B6nkorm%C3%A1nyzat+tulajdonv%C3%A9delem&hl=hu&ct=clnk&cd=7&gl=hu

önkormányzati törvény szerint az önkormányzatok vagyona az önkormányzati célok megvalósítását szolgálja.¹⁵⁰ E cél eléréséhez a törvény a vagyon egy részét a törzsvagyon körébe utalta, amely célhoz kötöttsége folytán – tekintettel arra, hogy “közvetlenül kötelező önkormányzati feladat- és hatáskör ellátását vagy a közhatalom gyakorlását szolgálja” – forgalom-képtelen, illetve korlátozottan forgalom-képes.

Mivel az egészségügyi alapellátás kötelező önkormányzati feladat, az egészségügyi alapellátást a rendszerváltást megelőzően biztosító intézmények mint a törzsvagyon korlátozottan forgalom-képes tárgyai kerültek meghatározásra. Mindez azt jelenti, hogy annak elidegenítése – mai divatos kifejezéssel élve az alapellátás privatizációja – csak az önkormányzati törvény keretei között lehetséges, az ott meghatározott szabályok figyelembevételével. E kérdésnél irányadó szabály az, hogy az egészségügyi alapellátási intézményről – mint korlátozottan forgalomképes törzsvagyonról – csak törvényben vagy önkormányzati rendeletben meghatározott feltételek szerint lehet rendelkezni. A kérdést részletesen szabályozó törvény hiányában az intézményt privatizálni szándékozó önkormányzat helyi rendeletet kell, hogy alkosson.¹⁵¹ E rendelet tartalmánál fogva lehet általános, - azaz a korlátozottan forgalom-képes törzsvagyon tárgyairól egy rendeletet is lehet alkotni, amelyben az egészségügyi intézményekre szükség szerint speciális szabályok is vonatkoznak -, de lehet csak és kizárólag az egészségügyi közfeladatokhoz kapcsolódó vagyonra vonatkozó.¹⁵²

Külön kiemelést érdemel az elidegenítésre szánt vagyon további működtetésének garanciáira vonatkozó kérdés. E kérdéskörben arra kell figyelemmel lenni, hogy mind az előadónak (önkormányzat) mind pedig a vevőnek (házi orvos) garanciát kell nyújtson az adásvétel. Ami az önkormányzati garanciát jelenti lényeges szempont, hogy a vagyonprivatizáció nem jár feladat csökkenéssel, az egészségügyi alapellátásról való gondoskodás továbbra is az önkormányzat kötelező feladata marad. Amennyiben tehát a vagyon-privatizáció során figyelmen kívül hagyják a vagyontárgyak célhoz kötöttségét, és annak alapellátási célú további kötelező működtetését nem határozzák meg, úgy a vevő házi orvos szabadon dönthet házi orvosi tevékenységének megszüntetéséről, illetve a vagyon további értékesítéséről. A házi orvos oldaláról garanciát jelenthet például az, hogy tartós, hosszú időre kötnek vele szerződést a házi orvosi feladatok ellátására, vagy kikötik az

¹⁵⁰ 1990. évi LXV. törvény a helyi önkormányzatokról 78. § (1) bekezdés

¹⁵¹ Sashalmi Judit: A többcélú kistérségi társulások modellkísérletének tapasztalatai. <http://www.otk.hu/cd04/4szek/Sashalmi%20Judit.htm>

¹⁵² Önkormányzati igazgatási szervek. <http://www.magyarorszag.hu/kozigazgas/intezmenyek/onkig>

önkormányzat visszavásárlási kötelezettségét az eladáskori feltételek szerint. Természetesen e kérdésekben a felek (önkormányzat, illetve a háziorvos) szabadon állapodnak meg a már hivatkozott helyi rendelet korlátai között.¹⁵³

A háziorvosi, házi gyermekorvosi és a fogorvosi ellátás biztosítása a települési önkormányzat kötelező feladata. E feladatcsoport kevesebb, mint az alapellátás egésze,¹⁵⁴ de több mint pusztán az alapellátó orvos tevékenysége. Az önkormányzat tehát az alapellátó háziorvosi tevékenység megszervezésekor nem hagyhatja figyelmen kívül azt, hogy a háziorvos szükségszerűen partnere kell, hogy legyen az otthon ápoló szolgálatnak, iskolaorvosnak, a védőnőnek, illetve a szociális alapellátásban tevékenykedő más szereplőknek.¹⁵⁵ Az önkormányzati humán alapfeladatokat ellátók a jogszabályi rendelkezések folytán együttműködésre kötelezettek, tevékenységük gyakran egymásra épül, egymás munkáját kiegészítik és segítik. A harmonikus együttműködés követelménye nagy felelősséget ró mind a háziorvosra, mind pedig az önkormányzatra. Helytelen tehát az az szemlélet, ha a háziorvoslást kiragadjuk az egyéb kötelező alapellátási feladatokról, és mint mindentől független egységet vizsgáljuk.

A megyei önkormányzat kötelező feladatként gondoskodik az alapellátást meghaladó egészségügyi szakellátásról, amennyiben azt az ellátásra kötelezett települési önkormányzat nem vállalja.¹⁵⁶ A megyei jogú város – bár státusa szerint települési önkormányzat – területén (megfelelő eltérésekkel) saját hatáskörként ellátja a megyei önkormányzati feladat- és hatásköröket is.¹⁵⁷ A fővárosi önkormányzat pedig – a megyei önkormányzathoz hasonlóan – gondoskodik az alapellátást meghaladó egészségügyi szakellátásról.¹⁵⁸

A területi szakellátási kötelezettség az egészségügyi szolgáltató fenntartójának, illetve tulajdonosának (a továbbiakban együtt: fenntartó), valamint az egészségügyi szolgáltatónak az a kötelezettsége, hogy meghatározott ellátási területen a rendelkezésére bocsátott szakellátási kapacitásai felhasználásával a kötelező egészségbiztosítás egészségügyi

¹⁵³ Mikola József: Praxiorientált egészségügyi ellátás. In: Egészségügyi Gazdasági Szemle. 1997. 37. évf. 5. sz. 518-536. p.

¹⁵⁴ Id.: 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 152-153. §-a.

¹⁵⁵ Ez utóbbiakra vonatkozó részletes szabályozást a szociális igazgatásról és szociális ellátásról szóló 1993. évi III. törvény és a végrehajtására kiadott kormányrendeletek, miniszteri rendeletek, illetve önkormányzati rendeletek tartalmazzák.

¹⁵⁶ A helyi önkormányzatokról szóló 1990. évi LXV. törvény 70. §-a (1) bekezdésének b) pontja alapján.

¹⁵⁷ A helyi önkormányzatokról szóló 1990. évi LXV. törvény 61. § (1) bekezdés alapján.

¹⁵⁸ A helyi önkormányzatokról szóló 1990. évi LXV. törvény 63/A. § n) pont alapján.

szolgáltatásaira jogosultak számára egészségügyi szolgáltatásokat nyújtson.¹⁵⁹ A települési és a megyei önkormányzatok az egészségügyi szakellátási kötelezettségüket a jogszabályilag meghatározott mértéknek és szakmai összetételnek megfelelően az ellátási területen teljesítik. Az ellátási területet az illetékes Regionális Egészségügyi Tanács az egészségügyi hatóság egyetértésével, és az érintett fenntartók jóváhagyásával határozta meg ennek pontos tartamát a szakellátási normatíva felosztása során.

A jogszerűen megállapított ellátási terület egyéb, a fenntartók akaratától független módosítására a hatályos jogszabályok nem adnak lehetőséget. Amennyiben azonban az ellátási területeket megállapító hatóság (egészségügyi miniszter) megállapítja, hogy a fellebbezés elbírálására jogosult szerv, vagy a közigazgatási ügyekben eljáró bíróság által el nem bírált döntése jogszabályt sért, a döntését módosíthatja, vagy visszavonhatja. Az ellátási terület a kapacitáshoz rendelt földrajzi terület, közvetetten, a hozzá tartozó kapacitáson keresztül módosulhat egészségügyi szolgáltató ellátási területe, amikor az ellátásra kötelezethez tartozó kapacitások mennyisége, illetve összetétele megváltozik. Az önkormányzatokat az egészségügyi ellátás megszervezése körében terhelő kötelezettségek törvényi meghatározása a lehető legmagasabb szintű egészséghez való alapvető jog megvalósulásának az egyik legfontosabb jogi biztosítója.

Mint ahogyan az a fentiekből látható, az ellátási terület nem más, mint az önkormányzatok számára előírt szakellátási kötelezettség tartalmát jelentő kapacitáshoz rendelt azon földrajzi terület, amely lakóinak szakellátásáról az adott önkormányzat köteles gondoskodni. Ily módon az ellátási terület az önkormányzat kötelező feladata meghatározásának szerves része. Az Alkotmánybíróság döntései szerint a Kormány, illetve annak tagja csak végső esetben – az önkormányzatok döntésképtelensége esetén – avatkozhat be egyedi döntéssel az önkormányzati feladatellátás meghatározásába. Az AB döntéséből következik, hogy az ellátási terület egészségügyi miniszter általi módosítására csak akkor kerülhet sor, ha az ellátási terület módosításának elmaradása az ellátás biztonságát súlyosan veszélyeztetné, és az érintett fenntartók az erre kijelölt személy (például az országos tisztifőorvos) felhívására sem tudnak meghatározott időn belül megállapodni az ellátási terület módosításáról. Ilyen helyzet állhat elő például akkor, amikor egy település, és az ellátására kötelezett kórház közötti közlekedési viszonyok oly mértékben megváltoznak, hogy már az adott település

¹⁵⁹ Az Ötv. által előírt feladatellátási kötelezettség konkrét tartalmát a járó- és fekvőbeteg-szakellátások tekintetében az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény (a továbbiakban: Eüftv.) határozza meg. Lásd: Eüftv. 1. § (2) bekezdésének j) pontja szerint

vonatkozásában nem felel meg a TEK kijelölése a jogszabályban meghatározott elérési szabályoknak, és az érintett fenntartók nem tudnak megállapodni a módosításban.¹⁶⁰

Következtetések

A szabályozásban részt vevők szempontjából az alábbi közös megállapításokat lehet levonni:

1) **Az egészséges élethez való jog alapvető emberi jog**, amit semmiféle anyagi vagy egyéb okokra hivatkozva nem szabad korlátozni.

2) **Az állam felelős a lakosság egészségi állapotáért**, a társadalmi viszonyok olyan alakításaért és az egészségügyi ellátás olyan színvonaláért, amely elősegíti a lakosság egészségi állapotának folyamatos javulását. Ennek érdekében az állam garantálja, az egészség megőrzéséhez, valamint az alapvető egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzájutás lehetőségét.

3) **A társadalom (és minden tagja) számára az egészség alapvető érték**. Az egészség védelme összemenzeti ügy, de nem hagyható figyelmen kívül az egyéni felelősség sem. A lakosnagnak saját érdekében aktív szerepet kell vállalnia mind saját egészsége megőrzésében, mind az egészségügyi rendszer működésének ellenőrzésében, felügyeletében.

4) **A személyi szabadság része a szabad orvos- és intézményválasztás** az alapvető szolgáltatások tekintetében. De szabadon választhat mindenki a térítésért megvásárolható szolgáltatások igénybevételeéről is. Az egészségügyben dolgozók szakmai szabadságát csak a lakosság (betegek) érdekében szabad korlátozni.

5) **Az egészségügyi ágazat elemi érdeke és kötelezettsége, hogy a legtisztább morális, etikai körülmények között működjék**. Nagyon fontos szempont az egészségügyi ellátórendszerben, hogy minden területen a korrekt, tiszta és nyílt kapcsolatok legyenek a jellemzőek.¹⁶¹

Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásának jogi szabályozása szempontjából a közhatalmi szervek szabályozó szerepe kulcsfontosságú. Az állam célkitűzése kell, hogy legyen az, hogy olyan egészségügyi szolgáltatási rendszert építsen ki és működtessen, amely a területén élő lakosság számára a lehető legmagasabb szintű és legtöbb ember számára

¹⁶⁰ Balázs Péter – Feith Helga Judit – Szrilich András: Igazgatás az egészségügyben. Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest, 2006. 97. p.

¹⁶¹ Dr. Buda József: Közösségi egészségügyi ellátás elmélete és módszertana. POTE Egészségügyi Főiskolai Kar. Pécs, 1998. 108-109. p.

hozzáférhető egészségügyi ellátás nyújtását lehetővé teszi. Ez a kötelezettség keletkezteti az állam felelősségét is, hiszen az emberi élet és egészség védelme az egyik legfontosabb alkotmányos követelmény.

III. Az egészségügyi szolgáltatások ellátási szintjeinek jogi szabályozása

3.1. Az egészségügyi szolgáltatások rendszere

3.1.1. Bevezető

A fejezet célja annak bemutatása, hogy milyen elvek határozzák meg a magyar egészségügyi szolgáltatások rendszerét. Az egészségügyi ellátórendszer keretében nyújtott szolgáltatások alapvető célja az kell, hogy legyen, hogy hozzájáruljon a lakosság egészségi állapotának javításához a költségek hatékony felhasználása és ellenőrzése mellett.¹⁶² Ennek megfelelően az egészségügyi szolgáltatásoknak alapvetően biztosítaniuk kell¹⁶³:

1) Az egyének a szükségleteik által megkívánt szakmai szolgáltatásokhoz egyenlő eséllyel kell, hogy hozzájussanak, nemre, fajra, színre, nyelvre, felekezetre, életkorra, szociális körülményekre, geográfiai elhelyezkedésre, a társadalmi-gazdasági hierarchiában elfoglalt helyre tekintet nélkül.

2) Sem földrajzi okok, sem idő, sem közvetlen anyagi-pénzügyi állapot nem befolyásolhatja az egyén aktuális egészségi állapotával összhangban lévő egészségügyi szolgáltatások igénybevételét.

3) A fizikai és szellemi fogyatékosok számára is biztosítani kell az egészség relatív helyreállításának eszkörendszeréhez való azonos mértékű hozzájutást.

4) Kiemelten kezeli a veszélyeztetett csoportokat, így pl. újszülötteket, a kisgyermeket, a serdülőket, a gyermekeket váró nőket, az időseket, a fogyatékosokat, valamint a függőségben lévőket.

A fenti elvek és célkitűzések megvalósítását jellemzően közpénzekből finanszírozott, jövedelemfüggő hozzájárulás alapján, jellemzően közvetlenül igénybe vehető, vegyes tulajdonformára épülő egészségügyi ellátó rendszer keretében biztosított.¹⁶⁴

Az egészségügyi szolgáltatások része minden olyan intézmény, illetve szakember, amelyek, illetve akik egészségvédelmet, betegség-megelőzést, gyógyítást, ápolást és

¹⁶² Orosz Éva: Félúton, vagy tévúton? Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái. Egészséges Magyarországért Egyesület. 10. p.

¹⁶³ Prof. Orosz Éva: Egészségbiztosítási modellek: nemzetközi trendek, hazai kihívások. http://www.egve.hu/download/orosz_eva_eloadasa.ppt

¹⁶⁴ Dr. Égető Emese: Az egészségügyi szolgáltatások gazdasági kérdéseinek oktatása és kutatása. <http://www.eco.u-szeged.hu/tudkozlemeny/pdf/2002/Egeto.pdf>

rehabilitációt végeznek tekintet nélkül tulajdonosukra, illetve jogállásukra. Az egészségügyi ellátás különböző szintjein elhelyezkedő egészségügyi szolgáltatókkal szemben alapvető szakmapolitikai követelmények vannak, melyek a prevenció előtérbe helyezésén, az alapellátás szerepének megerősítésén és a progresszív ellátás elvén alapulnak.¹⁶⁵ A prevenció alapja az, hogy az egészség megőrzésének nem a gyógykezelés az elsődleges eszköze, hanem az egészségromlás megelőzése. Az egészségügyi szolgáltatások intézményrendszerének felépítése az eltérő típusú és súlyosságú megbetegedésben szenvedők differenciált ellátását szolgálja, azaz a progresszív ellátás során az ellátandó beteg valamennyi jellemzője együttesen határozza meg azt, hogy a szolgáltatás nyújtása az alapellátás, a járóbeteg szakellátás, a szakambulancia, az általános vagy a specializált fekvőbetegellátás feladata-e. Az egészségügyi alapellátást általában véve az jellemzi, hogy technikai eszközigénye minimális és elsősorban szakmai tudására alapozódik. A háziorvos feladatainak egyik célja, hogy tehermentesítse az egészségügyi ellátó rendszer szakellátási szintjeit, azaz csak azok a betegek kerüljenek magasabb szintekre, akiknek teljeskörű ellátása csak ott biztosítható.¹⁶⁶

Az egészségügyi szolgáltatás nyújtásának szakmai követelményei szektorsemlegesek. Az egészségügyi szolgáltatókra vonatkozó személyi és tárgyi feltételek a szolgáltatók tulajdoni formája alapján nem lehetnek eltérőek. A teljesítmény finanszírozási rendszer hatékonyan működtethető, viszont a rendszer finomításának a különböző ellátások finanszírozási technikáinak közelítését, az ellátási struktúra átalakítását, a túlméretezett kapacitások, területi aránytalanságok mérséklését kell szolgálnia, és megfelelő érdekeltséget teremtenie.¹⁶⁷

Az egészségügy rendszerben működő intézmények három nagy csoportra oszthatóak:

1) Az első csoportba a *funkcionális intézmények* tartoznak, amelyek az egészségügyi szolgáltatások szervezésével, feltételeinek megteremtésével, a működés biztosításával foglalkoznak. Ezek általában bürokratikus, adminisztratív szervezetek, amelyek a működésüket tekintve nem közvetlenül kapcsolódnak az egészségügyi ellátások céljaihoz. A beteggel való érintkezésük közvetett, vagy nem az egészségi állapotát közvetlenül érintő.

¹⁶⁵ MTA Hírlevél 36/2007 (10.31.) <http://www.mta.hu/index.php?id=2929>

¹⁶⁶ Bugovics Elemér: A fenntartható egészségügy avagy az egészségügy kórtana. Medicina Kiadó, 2005. 104.-108. p.

¹⁶⁷ Dr. Égető Emese: Az egészségügyi szolgáltatások gazdasági kérdéseinek oktatása és kutatása. <http://www.eco.u-szeged.hu/tudkozlemeny/pdf/2002/Egeto.pdf>

2) A második csoportba tartoznak a **szakmai intézmények**, amelyek a tényleges egészségügyi ellátásokat nyújtják a lakosság részére, amelyek a gyógyítással, a terápiával, a rehabilitációval foglalkoznak. Közvetlenül találkoznak a betegekkel abból a célból, hogy egészségi állapotukat, életminőségüket valamilyen módon javítsák.

3) A harmadik csoportba pedig azok a **kutató intézmények** tartoznak, amelyek orvostudományi, klinikai kutatásokkal foglalkoznak. Ezek az intézmények tudományos kutatásokat végeznek, és ennek kapcsán találkoznak a betegekkel. Ez az elméleti differenciálás szükséges, mivel mindegyik intézmény típusnak más belső szervezési elveket kell érvényesítenie ahhoz, hogy a funkciójának eleget tudjon tenni.¹⁶⁸

Az egészségügyi ellátások rendszere olyan intézményrendszerre épül, amely a munkamegosztás és a fokozatosság elvének érvényesítése révén biztosítja, hogy az eltérő egészségi állapotú egyének egészségi állapotuk összes jellemzője alapján meghatározottan, az egészségi állapotuk által indokolt egészségügyi szolgáltatásokat vegyenek igénybe. Az egészségügyi ellátórendszer valamennyi szintjén érvényesül a progresszivitás elve. Ennek alapján biztosítani kell, hogy minden beteg akkor és ott kerüljön gyógykezelésre, ahol és amikor egészségi állapotának megfelelő ellátást kaphat, és ahol az ehhez szükséges szakmai követelmények biztosítottak. Az ellátási szinteknek nagy jelentősége van. A „ppc” vagyis progresszív betegellátás rendszerének hazai alkalmazásának koncepciója arra épül, hogy nálunk a „ppc” rendszert szélesebben, lényegében az egész gyógyító-megelőző ellátás hálózatára értelmezzük. A koncepció alapelve az, hogy minden beteg és sérült mindenkor a megbetegedésének és állapotának megfelelő szintű ellátásban részesüljön.¹⁶⁹ Mint ahogyan helytelen, ha a legintenzívebb ellátást igénylő, életveszélyes állapotban lévő beteg krónikus, lényegében csak ápolást igénylő beteggel azonos feltételek között kerül ellátásra, ugyanúgy helytelen az is, ha a legmagasabb szintű intenzív ellátásra berendezkedett egységben kerülnek ellátásra azok a betegek, akik lényegében csupán utókezelésre vagy ápolásra szorulnak. A mai intézményhálózat további differenciálása szükséges. A rendelőintézetek még ma is sok olyan beteget kezelnek, akiket a háziorvosnak kellene ellátnia. Viszont fekvőbeteg-gyógyintézetbe kerülnek olyan betegek, akiket járóbeteg-ellátás keretében el lehetne látni. Ugyanakkor magas szintű ellátásra szoruló betegek nem mindig kerülnek a számukra indokoltan szükséges ellátáshoz. Beutaló orvosok gyakran visszaélnek a sürgős, életveszélyes jelzéssel, a sürgősségi

¹⁶⁸ Népegészségtan. Szerkesztette: Dési Illés. Semmelweis Kiadó, Budapest, 1998. 514.-518. p.

¹⁶⁹ Az intenzív betegellátás elmélete és gyakorlata. Szerkesztette: dr. Varga Péter, dr. Btáge Zsuzsanna, dr. Giacinto Miklós, dr. Széll Kálmán. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1977. 20. p.

betegellátás viszont nem mindig áll a helyzete magaslatán. A progresszív ellátási rendszer elvének érvényesítése a gyógyító-megelőző hálózat egészével szemben azt az igényt támasztja, hogy azon belül megfelelő szakmai hierarchia érvényesüljön.¹⁷⁰

Az intézményrendszer szereplőinek helyét az ellátórendszer egészében a rendelkezésre álló személyi és tárgyi feltételek határozzák meg. Az ellátási rendszer alapvető működési elvként van meghatározva a sürgősségi ellátás követelménye, amely szerint az ellátásra jelentkező beteget minden esetben az egészségi állapotának megfelelő ellátásban kell részesíteni. Szintén alapvető működési elvként jelentkezik az a követelmény, hogy a szolgáltatások nyújtása közben az ellátásban résztvevőktől elvárható legnagyobb gondossággal, a szakmai és az etikai szabályok betartásával kell eljárni, továbbá a beutalás rendjének szabályozottsága.¹⁷¹

3.1.2. Az egészségügyi szolgáltatások működésének szintjei:¹⁷²

Az egészségügyi szolgáltatásokat különböző formában és alapvetően három szinten működő egészségügyi intézmények nyújtják. Az egészségügyi intézmények a rendszer alapelemei, amelyeken keresztül az egészségügyi ellátórendszer a feladatait, célkitűzéseit, funkcióit megvalósítja és végrehajtja. Itt találkozunk ténylegesen egymással a lakosság és az egészségügyi ellátások, ténylegesen itt valósul meg az egészségügyi szolgáltatásoknak az igénybevétele, az adott intézményi szintnek megfelelően. Az ellátási szinteket

- a) az alapellátás,
- b) a járóbeteg-ellátás, és
- c) a fekvőbeteg-ellátás jelentik,
- d) amelyet kiegészít az egyéb egészségügyi ellátások rendszere.¹⁷³

Részletesen meg vannak határozva azok a követelmények, amelyeket az egészségügyi ellátórendszernek teljesítenie kell. Az egészségügyi ellátórendszernek ugyanis *egyrészt* biztosítani kell a betegek járóbetegként, illetőleg otthonukban, valamint a fekvőbeteg-

¹⁷⁰ Az intenzív betegellátás elmélete és gyakorlata. Szerkesztette: dr. Varga Péter, dr. Btáge Zsuzsanna, dr. Giacinto Miklós, dr. Széll Kálmán. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1977. 22. p.

¹⁷¹ Dr. Égető Emese: Az egészségügyi szolgáltatások gazdasági kérdéseinek oktatása és kutatása.

<http://www.eco.u-szeged.hu/tudkozlemeny/pdf/2002/Egeto.pdf>

¹⁷² Complementary Health Schemes in the European Union. Edited: Markus Schneider. Supported by the European Commission, EC Seminar Prien am Chiemsee, Bavaria. 14-16 October 1992. BASYS. 11.-29. p.

¹⁷³ Gógl Árpád: Merre tovább egészségügy? Magyar Szemle Online. Új Folyam XV.5 szám. http://www.magyarszemle.hu/szamok/2006/5/merre_tovabb

intézményi keretek között történő ellátását, *másrészt* az egészségügyi ellátórendszernek rendelkeznie kell a népegészségügyi tevékenység során felmerült szükségletekhez igazodó és a társadalmi-gazdasági erőforrások adta lehetőségekhez méretezett kapacitásokkal. Törvényi szabályozási szinten - az egészségügyi ellátórendszer részeként - az alapellátás, az általános és speciális járóbeteg-ellátás, valamint az általános és a speciális fekvőbeteg-ellátás, ezek szakmai tartalma és az általánosság szintjén megfogható feladatai vannak meghatározva.¹⁷⁴ Más megközelítésben alapellátásokról és szakellátásokról lehet beszélni.

Az egyéb egészségügyi ellátások közé tartozik többek között az, hogy az egészségügyi szolgáltatások folyamatos hozzáférhetőségének biztosítása érdekében szükséges az egészségügyi ellátórendszernek a munkaidő befejezésétől a következő napi munkaidő kezdetéig való működtetése is, ami az ügyelet keretében valósul meg.¹⁷⁵ A mentés a sürgősségi ellátás részeként, ahhoz kapcsolódóan van meghatározva, amelynek során az azonnali egészségügyi ellátásra szoruló betegnek a feltalálási helyén, az erre feljogosított szervezet által végzett sürgősségi ellátása, és az ehhez szükség szerint kapcsolódóan a megfelelő egészségügyi szolgálathoz való szállítása és szállítás közbeni ellátása történik. A mentés állami feladat, és mivel a sürgősségi ellátáshoz tartozik az igénybevételéhez való jog mindenki részére biztosított. Az egészségügyi ellátások között van nevesítve a betegszállítás is, amely főszabályként abban az esetben vehető igénybe, ha az egészségügyi ellátás hozzáférhetősége másként nem biztosítható. Az egészségügyi ellátás része az ápolási tevékenység is. Eszerint az ápolás azoknak az eljárásoknak az összessége, amelyek feladata az egészség megőrzése és helyreállítása, a beteg állapotának stabilizálása, a beteg fájdalmainak csökkentése és szenvedéseinek enyhítése emberi méltóságának megőrzésével, a beteg környezetének ápolási feladatokban való részvételre történő felkészítése és abba való bevonása. Az ápolási tevékenység az egészségügyi ellátáshoz kapcsolódva, valamint attól függetlenül, mint önálló tevékenység van meghatározva. Az ápolás önálló jellegét fejezi ki, hogy a tevékenység ápolási terv alapján folyik, és arról ápolási dokumentációt kell vezetni, amely dokumentáció az egészségügyi dokumentáció részét képezi.¹⁷⁶ Az egészségügyi ellátás részeként van meghatározva a haldoklók gondozása (hospice ellátás). Ennek lényege, hogy az egészségügyi ellátások során a haldoklók és hozzátartozóik számára biztosítani kell a beteg halálára való felkészülés lehetőségét. Ennek keretében a haldokló beteg ellátása során kiemelt

¹⁷⁴ Magyar közigazgatási jog. Különös rész Európai Uniók tekintetével. Szerkesztette: Ficzer Lajos – Forgács Imre. Osiris Kiadó, Budapest, 2004. 273. p.

¹⁷⁵ Az egészségügyi tevékenység végzéséről szóló 2003. évi LXXXIV. törvény. 4.§.

¹⁷⁶ Potter, Patricia - Perry, Anne G.: Az ápolás elméleti alapjai, Medicina Kiadó, Budapest. 1999. 21. p.

figyelmet kell fordítani életminőségének javítására, fájdalmának csillapítására és szenvedéseinek enyhítésére, valamint méltóságának megőrzésére. Az egészségügyi ellátás része a rehabilitáció, amely az egészségi állapotukban tartós, vagy végleges jelleggel megváltozott személyek közösségbe való beilleszkedéséhez nyújtott szervezett segítség. A rehabilitáció komplex tevékenység, amely az egészségügyi rehabilitáción túlmenően magában foglal egyéb szervezett ellátási formákat is. A rehabilitáció speciális formája a habilitáció, amely az egészségi állapotuk szerint fejlődésükben megzavart gyermekekre, esetlegesen a felnőttekre irányuló gyógypedagógiai rehabilitáció. A rehabilitáció körébe tartozó egészségügyi rehabilitáció célja a megváltozott egészségi állapotú személyeknek olyan komplex egészségügyi ellátás nyújtása, amely segíti egészségi állapotuk lehetőség szerinti helyreállítását. A rehabilitáció része a gyógyászati segédeszköz-ellátás, valamint használatuk betanítása. A gyógyászati segédeszköz-ellátás célja a megváltozott egészségi állapotú személyek elvesztett funkcióinak pótlására szolgáló eszközök egyének számára való juttatása és használatuk betanítása.¹⁷⁷ Az egészségügyi ellátás része továbbá a gyógyszerellátás, amelynek célja, hogy biztosítsa az egészségügyi ellátáshoz szükséges megfelelő minőségű, biztonságos, hatásos és költség-hatékony gyógyszereket.¹⁷⁸

Az egészségügyi ellátórendszer biztosítja a beteg járóbetegként, illetőleg fekvőbeteg-gyógyintézeti keretek közötti, valamint otthonában, illetve sürgős szükség esetén a helyszínen történő ellátását.¹⁷⁹ Az egészségügyi ellátórendszer szakmai szervezeti összetételének kialakítása, színvonalának fejlesztése a társadalmi-gazdasági erőforrásokkal összehangoltan történik. Az alapellátáson belül valósul meg a szabad orvosválasztás elvén alapuló, hosszú távú, személyes kapcsolatokra építő, minden diszkriminációtól mentes, lakóhely, vagy annak körzete szerinti folyamatos egészségügyi ellátás biztosítása. A járóbeteg-ellátás az alapellátásból eredő beutaláson alapuló, speciális esetekben a beteg jelentkezéséből eredő, szakorvos által végzett egyszeri, vagy alkalmyszerű egészségügyi ellátás, illetve fekvőbeteg-ellátást nem igénylő krónikus betegség esetében folyamatos szakorvosi ellátás. A járóbeteg-ellátáshoz a tömegközlekedéssel a beteg állapotának veszélyeztetése nélkül elérhető egészségügyi intézmények tartoznak. A speciális járóbeteg-ellátás keretében kell biztosítani a betegségek gyakorisága alapján meghatározott lakosságszámra, megfelelő diagnosztikai és

¹⁷⁷ InforMed: Az orvosi rehabilitáció kérdéseiről.
http://www.informed.hu/szakmai_oldalok/uj_eredmenyek_referatumok_/orvosi_rehabilitacio

¹⁷⁸ Szalkai Zsuzsanna: A kórházi gyógyszerellátás aktuális jogszabályi háttéréről.
<http://www.datanet.hu/pharma/phorient/115/115szalkai.htm>

¹⁷⁹ Magyar közigazgatási jog. Különös rész Európai Unió kitekintéssel. Szerkesztette: Ficzer Lajos – Forgács Imre. Osiris Kiadó, Budapest, 2004. 274. p.

terápiás háttérrel rendelkező intézményeket. A fekvőbeteg-ellátás beutalás alapján (az alapellátásból, kezelőorvos által, vagy arra törvényben feljogosított személy által) a lakóhelyhez közeli fekvőbeteg gyógyintézetben történő egészségügyi ellátását jelent. A krónikus beteg számára létezik a speciális fekvőbeteg-ellátás. Az egyéb egészségügyi ellátások közé tartozik - feljebb már a leglényegesebbek részletezésre kerültek - ügyelet, a mentés, a beteg szállítás, az ápolás, a haldokló beteg gondozása, a rehabilitáció, az orvos technikai eszközellátás, a gyógyszerellátás, a vérellátás, a pszichoterápia és a klinikai szakpszichológia, a nem konvencionális eljárások, az egyéb gyógyászati eljárások és az egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenység.¹⁸⁰

Fontos kiindulópont, hogy az egészségügyi szolgáltatásnak az igényekhez igazodó hierarchikus felépítésű rendszeren kell alapulnia. Olyan alapelvek összhangját és egyensúlyát kell biztosítani, amely a lakosság közeli ellátást biztosító méltányos ellátási struktúrára, a megfelelő minőség biztosítására és a hatékony működésre épül.¹⁸¹ Az alapellátásnak kiemelkedő szerepet kell betöltenie, hiszen a rendszer hatékony működésének alapeleme. Az alapellátás és a szakellátások határát azonban szakmailag nem lehet mereven, bürokratikusan megvonni. A definitív ellátásra törekvésnek, mint célnak megfelelően – mind a felszerelés, a felkészültség, a gyakorlat növelésével, mind az egy orvosra jutó beteg szám optimalizálásával – a jelenleg szakellátáshoz tartozó feladatok az egyéni feltételeknek megfelelően átkerülnek az alapellátáshoz. Lényeges szempont, hogy a szakellátásból átkerülnek olyan feladatok az alapellátáshoz, amelyeket célszerűen a betegekhez közel kell ellátni. Ezek a progresszív ellátási hierarchiában az alapokhoz közelebb levő, különleges szaktudást és eszközöket kevésbé igénylő szolgáltatások. A kétpólusú ellátás elvét legjobban megtartva, a finanszírozás eszközeivel lehet befolyásolni. Az ellátásszervezésnek fontos jelentősége van az egészségügyi ellátások rendszerében.¹⁸² Az alapellátás az a szint, ahol a lakosság elsődlegesen találkozik az egészségügyi ellátórendszerrel. Átfogó, holisztikus megközelítéssel foglalkozik a hozzá tartozó lakosság egészségével, és biztos, tartós kapcsolatban van a lakossággal. A szakellátások (járó- és fekvőbeteg) segítik, kiegészítik az alapellátás munkáját. Speciális felszereltséget, felkészültséget biztosítanak azon betegek számára, akiknek az egészségi

¹⁸⁰ Gógl Árpád: Merre tovább egészségügy? Magyar Szemle Online. Új Folyam XV.5 szám. http://www.magyarszemle.hu/szamok/2006/5/merre_tovabb

¹⁸¹ Magyar közigazgatási jog. Különös rész Európai Unió kitekintéssel. Szerkesztette: Ficzer Lajos – Forgács Imre. Osiris Kiadó, Budapest, 2004. 274. o.

¹⁸² Ráczné dr. Lehoczky Zsuzsanna: Az ellátási kötelezettségről. http://www.allamreform.hu/letoltheto/szocialis_ugyek/hazai/Raczne_dr_Lehoczky_Zsuzsa_Az_ellatasi_kotelezes_tsegerol.pdf

állapota ezt szükségesség teszi. Amennyiben szükséges átvesszik a betegeket és az adott feladatokat komplex módon oldják meg. Az ellátás végén sikeres beavatkozás esetén a beteget visszaadja az alapellátásnak. A szakellátások szakmai együttműködésben segítik az alapellátás munkáját, tartós szakmai kapcsolatban állnak egymással. A kórházak, mint integrált kórház-szakrendelő intézetek a teljes szakellátás szerepét ellátják. A kiemelt ellátások körébe tartoznak azok az egészségügyi szolgáltatások, amelyek olyan speciális eszközöket vagy szaktudást igényelnek, amelyek szervezése csak országos, vagy regionális szinten indokolt.¹⁸³

A magyar egészségügyi ellátórendszerben azonban számos strukturális probléma van az ellátási szintek között. Ez évtizedek óta létezik. Az egészségügyi ellátórendszer a rendszerváltásig ugyanis alapvetően kórház specifikus volt, sok kórházi ágygal. Az ellátás szolgáltatásai pedig rendre feljebb tolódnak a progresszív ellátás szintjein. Az alapellátásban is jól ellátható esetek jelentős hányada a szakellátásba kerül. A járóbeteg szakellátásban ellátható esetek egy része a fekvőbeteg szakellátásba kerül. Az aktív fekvőbeteg szakellátás jelentős hányada pedig ápolási feladatokat vállal magára. Nehezen terjednek a hagyományos formáktól eltérő új ellátási formák, pl. egy napos sebészet, otthoni szakápolás. A személyi és tárgyi feltételek szempontjából legerősebb intézményekre a kiemelt vagy súlyponti kórházakra (az egyetemi klinikák, országos intézetek, megyei kórházak bázisán) háruljon a legigényesebb szakmai feladat és biztosítsanak a területükön teljes profilú, magas színvonalú ellátást.¹⁸⁴ A területi kórházak pedig az ott biztosítható személyi és tárgyi feltételeknek megfelelő feladatokat végezzenek. A járóbeteg-ellátás szakosított intézményei (szakorvosi rendelőintézetek, gondozóintézetek) – megfelelő személyi és tárgyi feltételeik birtokában – biztosítsák az olyan betegek megfelelő színvonalú ellátását is, akik közül sokan – holott azt állapotuk nem kívánja meg – ma indokolatlanul kórházba kerülnek. A szakorvosi járóbeteg-ellátás intézményeinek (területi egészségügyi központok), rendeléseinek feladatát, valamint szakmai kapcsolatát a háziorvossal egyértelműen meg kell határozni. A különböző fő megbetegedési csoportok és szakágazatok igen különböző jellegű, tartalmú, és méretű igényt támasztanak a szakorvosi járóbeteg-ellátással szemben. Míg egyes betegségcsoportokban a krónikus betegek ellátásának, gondozásának feladata a járóbeteg-ellátás intézményeiben igen

¹⁸³ Gaál Péter: Egészségügyi reform: problémák, okok és megoldási lehetőségek. <http://www.nemzetierdek.hu/download/1/Gaal.pdf>

¹⁸⁴ Ráczné dr. Lehoczky Zsuzsanna: Az ellátási kötelezettségről. http://www.allamreform.hu/letoltheto/szocialis_ugyek/hazai/Raczne_dr_Lehoczky_Zsuzsa_Az_ellatasi_kotelezesrol.pdf

jelentős, addig – különösen egyes manuális szakokon – a rendelőintézeti ellátás terjedelme igen szűk. Az egységes „rendelőintézet” koncepciójának felállítása lényeges előrelépést jelenthet a magyar egészségügyi rendszerben, azonban ennek hatékonysága jelenleg még nem mérhető.¹⁸⁵

A kétpólusú ellátási struktúra feladataira való ösztönzési céloknak nem felel meg kielégítően a magyar egészségügyi szolgáltatások rendszere. Az alapellátás ugyanis még nem érdekelt a megelőzés és a definitív ellátásra való törekvésben, a szakellátás érdekeltégi rendszere nem felel meg a progresszív ellátás elve szerinti működésnek¹⁸⁶, a teljesítményfinanszírozás egy-egy ellátási formán belüli ösztönző hatásához nem kapcsolódik az ellátási formák közti kapcsolatokat szabályozó érdekeltégi rendszer.

3.1.3. Az egészségügyi szolgáltatások szakmai követelményei

A szabályozás célkitűzése az, hogy az egészségügyi szolgáltatásokat nyújtó és az azokat igénybevevő személyek jogainak biztosítása az egészségügyi szolgáltatások minőségének, hatásosságának és hatékonyságának biztosításán keresztül megvalósuljon. Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásának szakmai követelményei szektorsemlegesek. A szakmai követelmények olyan rendelkezéseket tartalmaznak, amelyek az egészségügyi szolgáltatások tekintetében a szolgáltatók jogállásától, az egészségügyi intézmény jellegétől, továbbá a szolgáltatás pénzügyi fedezetétől függetlenül, szektorsemlegesen kell, hogy érvényesüljenek. A szakmai követelményrendszer érvényrejuttatása érdekében általános rendelkezések vannak az egészségügyi szolgáltató tevékenység megkezdésének, folytatásának feltételeiről (engedélyezési rendszer), a szolgáltatás nyújtásának általános tárgyi feltételrendszeréről, az egészségügyi szolgáltatás nyújtásának személyi feltételeiről, ide értve a képesítési és munkaköri alkalmassági követelményeket, a minőségbiztosítással kapcsolatos alapvető követelményekről, ide értve a szakmai felügyelet és ellenőrzés kérdéseit is (minőségi rendszer).¹⁸⁷

Egészségügyi szolgáltató tevékenység kizárólag az e tevékenység folytatására feljogosító működési engedély birtokában kezdhető meg és folytatható. Az egészségügyi hatóság az engedélyben foglalt feltételek teljesülését folyamatosan ellenőrzi. Az egészségügyi szolgáltató

¹⁸⁵ Gaál Péter: Egészségügyi reform: problémák, okok és megoldási lehetőségek. <http://www.nemzetierdek.hu/download/1/Gaal.pdf>

¹⁸⁶ Az intenzív betegellátás elmélete és gyakorlata. Szerkesztette: dr. Varga Péter, dr. Btáge Zsuzsanna, dr. Giacinto Miklós, dr. Széll Kálmán. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1977. 21. p.

¹⁸⁷ Orosz Éva: Félúton, vagy tévúton? Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái. Egészséges Magyarországért Egyesület. 29. p.

számára szerződéskötési kötelezettség van előírva, amikor a működési engedély kiadásának feltételeként felelősségbiztosítási szerződés meglétének az engedélyezési eljárásban történő vizsgálatának kötelezettsége van előírva az egészségügyi hatóság számára. A felelősségbiztosítási szerződés megszűnését a biztosító haladéktalanul köteles az egészségügyi hatóságnak bejelenteni.¹⁸⁸

Egészségügyi szolgáltató tevékenység csak abban az esetben folytatható, ha a szolgáltatás elhelyezése, infrastrukturális körülményei, berendezései, felszereltsége és műszerezettsége megfelel az előírt tárgyi követelményrendszerben foglaltaknak. Az egészségügyi szolgáltatás tárgyi feltételrendszerének egyrészt biztosítani kell az ellátáshoz szükséges követelményeket, másrészt pedig meg kell fellelnie a munkavégzés feltételeire vonatkozó egyéb jogszabályokban foglalt előírásoknak.¹⁸⁹ Az egészségügyi szolgáltatás tárgyi feltételrendszere az egészségügyi szolgáltatás jellegéhez igazodik. Eltérő követelmények fogalmazhatók meg az ellátást nyújtó intézmény típusa szerint abban a vonatkozásban is, hogy az intézmény kizárólag járóbeteg-, vagy fekvőbeteg-ellátást is nyújt-e.¹⁹⁰

¹⁸⁸ Ráczné dr. Lehóczky Zsuzsanna: Az ellátási kötelezettségről. http://www.allamreform.hu/letoltheto/szocialis_ugyek/hazai/Raczne_dr_Lehoczky_Zsuzsa_Az_ellatasi_koteleze_ttsegrol.pdf

¹⁸⁹ Haldemann, J. C.: Progressive patient care. U.S. health report. 1959. 104. p.

¹⁹⁰ Népegészség, orvos, társadalom. Magyarország az ezredfordulón – Stratégiai kutatások a Magyar Tudományos Akadémián v. Az életminőség tényezői Magyarországon. Magyar Tudományos Akadémia, Budapest, 1998. 127. p.

3.2. Az egészségügyi szolgáltatók gazdálkodási formái

3.2.1. Bevezetés

Az egészségügyi szolgáltatók többféle formában működhetnek. A fejezet célja annak bemutatása, hogy milyen megoldások alakultak ki Magyarországon az egészségügyi ellátások nyújtása szempontjából. Az elemzés részletezi a szolgáltatás nyújtók jogi státuszát, és a rájuk vonatkozó eltérő jogszabályi rendelkezéseket. Amikor a magyar rendszert ellemezzük kiemeljük azt, hogy közszolgáltatásokat nyújtó intézmények működnek, de ezek a közszolgáltatást nyújtó intézmények különböző jogi formában funkcionálhatnak. Az egészségügyi szolgáltatás nyújtásában – különösen a területi ellátási kötelezettséggel rendelkező háziorvosi alapellátásban – a közsféra (az állam és az önkormányzatok) csaknem teljesen visszavonult a működtetéstől, egyidejűleg jelentős teret nyertek az egyéni egészségügyi vállalkozások és a társas egészségügyi vállalkozások. Ugyanakkor a járóbeteg és a fekvőbeteg ellátás működtetésében az államnak és az önkormányzatoknak ma is meghatározó befolyásuk van. Az egészségügyi szolgáltatókon belül eltérően alakul a szolgáltatóknál foglalkoztatottak jogi státusza. Mielőtt azonban elemzésre kerülne az egészségügyi szolgáltatók jogi státusza, mindenképpen szólni kell a működési engedélyről, mivel az valamennyi egészségügyi szolgáltató esetében alapfeltétel, és azonos módon szabályozza az orvosi tevékenység gyakorlásának közös jogi szabályait.¹⁹¹

Egészségügyi szolgáltatás nyújtására ugyanis csak a működési engedéllyel rendelkező egészségügyi szolgáltatók jogosultak.¹⁹² Működési engedély nélkül jogosultak részt venni az egészségügyi szolgáltatás nyújtásában az egészségügyi szolgáltató alkalmazottai, a szolgáltatóval munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyban foglalkoztatott személyek, az egészségügyi szolgáltatást nyújtó társas vállalkozásban személyesen közreműködő tagok, az egészségügyi szolgáltatónál szabadfoglalkozás keretében, egyházi személyként, vagy önkéntes segítőként egészségügyi tevékenységet végzők. Nem kell külön működési engedélyt kiadni a bentlakásos szociális intézményeknek. Az egészségügyi szolgáltató a tevékenységét csak érvényes felelősségbiztosítási szerződés birtokában kezdheti meg és folytathatja.¹⁹³ Ha a felelősségbiztosítási szerződés bármely okból megszűnik, az egészségügyi szolgáltató köteles

¹⁹¹ Nagy Péter. A működési engedélyről. Medicina Kiadó. Budapest 2001. 86. p.

¹⁹² Az ÁNTSZ honlapja. Egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogisító működési engedély. <http://antsz.hu/baranya/ugyfel/kerelemmintak/Engelj.pdf>

¹⁹³ Az egészségügyi felelősségbiztosításról. www.martini-ugyvedi.hu/publikaciok/felelosseg.pdf

azt haladéktalanul bejelenteni a működési engedélyt kiadó egészségügyi hatóságnak, egyúttal bemutatva az új felelősségbiztosítási szerződést.

Az egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosító engedélyezési eljárás lefolytatása és a működési engedély kiadása az ÁNTSZ feladat- és hatáskörébe tartozik.¹⁹⁴ A működési engedély kiadására a fekvőbeteg-szakellátást, mentést, betegszállítást, vérellátást és haemodialízist nyújtó egészségügyi szolgáltatások esetén a regionális intézet, egyéb egészségügyi szolgáltatások esetében pedig a kistérségi intézet jogosult. Amennyiben az egészségügyi szolgáltató nem rendelkezik telephellyel, a működési engedélyt az egészségügyi szolgáltató székhelye szerint illetékes városi, illetve megyei tisztii főorvos adja ki.¹⁹⁵ Amennyiben az egészségügyi szolgáltató a székhelyén is nyújt szolgáltatást és telephellyel, illetve több telephellyel is rendelkezik, a működési engedélyt a székhelyre és a telephely(ek)re külön-külön, a székhely, illetőleg a telephely szerint illetékes városi vagy megyei tisztii főorvos adja ki. Ha az egészségügyi szolgáltató székhelyére, illetőleg telephelyére vonatkozó működési engedélyek kiadása ugyanazon egészségügyi hatóság hatáskörébe és illetékességébe tartozik, a működési engedélyek egy okiratba foglalhatók. A területi ellátási kötelezettséggel végzett háziiorvosi, házi gyermekorvosi, alapellátást nyújtó fogorvosi, iskola- és ifjúság-egészségügyi, körzeti-közösségi szakápolói, védőnői feladat engedélyezését a több, ugyanazon egészségügyi hatóság illetékességébe tartozó telephelyen teljesítő számára egy eljárásban, telephelyenként kell lefolytatni, és az engedélyeket egy okiratba kell foglalni. Az egészségügyi hatóság szakhatóságként közreműködik a bentlakásos szociális intézmények működésének engedélyezésében.¹⁹⁶

A városi, illetve a megyei tisztii főorvos a kérelem és a helyszíni szemle megállapításai alapján, ha a kérelmező:

1) Maradéktalanul megfelel a szakmai követelményeknek, a működési engedélyt a kérelemben foglaltaknak megfelelően;

¹⁹⁴ Dr Molnár Zsuzsanna: A szakfelügyelet szerepe az ÁNTSZ egészségügyi igazgatási tevékenységében.

<http://www.euuzlet.hu/ellatasihibak/2005/molnarzs.ppt>

¹⁹⁵ Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat honlapja, http://efrira1.antsz.hu/portal/page?_pageid=240,38023&_dad=portal&_schema=PORTAL

¹⁹⁶ Egészségügyi igazgatás, szakfelügyelet és koordináció a fővárosban (1991-2001). Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat. In: Budapesti Népegészségügy. 2002. 33. évf. 1. sz. 5-10. p.

2) A kérelemben megjelölt szakmán belül csak egyes szolgáltatások tekintetében felel meg az előírt szakmai követelményeknek, a működési engedélyt ezekre a szolgáltatásokra adja meg.

A működéshez szükséges egyes tárgyi vagy szakmai környezeti feltételek vagy a szolgáltató folyamatos és biztonságos működését nem veszélyeztető egészségügyi szakdolgozói létszám hiánya esetén - ellátási érdekből - a megyei, illetve városi tiszti főorvos egészségügyi közszolgáltatást nyújtó, már működő egészségügyi szolgáltató részére - a helyszíni szemle során tapasztalt hiányosságok megszüntetésére adott határidő egyidejű kitűzésével - ideiglenes működési engedélyt adhat. Ha az egészségügyi szolgáltató pótolta azokat a hiányosságokat, melyek miatt csak ideiglenes működési engedélyt kaphatott, a városi, illetve megyei tiszti főorvos - az ideiglenes működési engedély visszavonása mellett - kiadja az egészségügyi szolgáltató számára a működési engedélyt. Az ideiglenes működési engedélyt ellátási érdekből akkor lehet kiadni, ha az egészségügyi szolgáltató nem felel meg a külön jogszabályban meghatározott minimumfeltételeknek, azonban az egészségügyi közszolgáltatás keretében más módon nem biztosítható az ellátási kötelezettségébe tartozó betegek ellátásának biztonsága és folyamatossága.¹⁹⁷

Ha az egészségügyi szakmára nincs meghatározva szakmai minimumfeltétel, ennek kiadásáig az egészségügyi szolgáltató átmeneti működési engedélyt kaphat. A minimumfeltételről szóló jogszabály hatálybalépését követően, az egészségügyi szolgáltató kérelmére az illetékes egészségügyi hatóság felülvizsgálja az átmeneti működési engedélyt.¹⁹⁸ Amennyiben az egészségügyi szolgáltató a minimumfeltételeknek megfelel, a városi, illetve a megyei tiszti főorvos az átmeneti működési engedély visszavonása mellett működési engedélyt ad ki. Bizonyos esetekben a feltételek fennállása esetén ideiglenes működési engedély is kiadható.¹⁹⁹

Az egészségügyben a gyógyító-megelőző tevékenységet végző orvosokra és más egészségügyi dolgozókra vonatkozó alapvető rendelkezések egységes rendszerének a

¹⁹⁷ Nagy Péter: A működési engedélyről. Medicina Kiadó 2001. Budapest. 132. p.

¹⁹⁸ Kincse Gyula: Egészség (?) – Gazdaság (?). MANAGER press Kiadó és Nyomda, 2000. február. 17.-21. pp.

¹⁹⁹ Az egészségügyi szolgáltató működési engedélyében foglaltak szerinti működését az egészségügyi hatóság rendszeresen ellenőrzi. Amennyiben az ellenőrzés megállapítja, hogy az egészségügyi szolgáltatónál nem állnak rendelkezésre a működési engedély kiadásakor meglévő feltételek, a működési engedélyt kiadó tiszti főorvos határidő tűzésével kötelezi a szolgáltatót a hiányosságok megszüntetésére, amennyiben a működési engedélyben foglaltaktól eltérően látja el, a működési engedélyt kiadó tiszti főorvos határidő kitűzésével kötelezi az engedélyben foglaltaknak megfelelő működtetésre, illetve ha a szolgáltatás nem felel meg a közegészségügyi előírásoknak, a tiszti főorvos megteszi a szükséges intézkedéseket. Az egészségügyi szolgáltató működését a szolgáltatás helye szerint illetékes városi intézet akkor is ellenőrizheti, ha a szolgáltatásra jogosító működési engedélyt a megyei tiszti főorvos adta ki.

kiépítése célkitűzés, vagyis az, hogy az egészségügyi tevékenység végzésére irányuló jogviszonytól függetlenül a munkavégzésre vonatkozóan azonos szabályoknak kell érvényesülniük, ideértve az egészségügyi közszolgáltatások mellett az egészségügyi magánszektor, továbbá a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézményben működési engedély alapján egészségügyi szolgáltatást nyújtó személyeket is.

Az egyes egészségügyi szolgáltatások szakmai feltételeit meghatározó jogszabályok döntő többségükben szektorsemleges előírásokat tartalmaznak az egészségügy különböző szereplői számára, azaz függetlenül az egészségügyi szolgáltató működési formájától és tulajdonosától, a működési engedély kiadásához azonos szakmai követelményeknek kell megfelelni.²⁰⁰ A különböző szervezeti formákban működő egészségügyi szolgáltatók keretében egészségügyi tevékenységet végző egészségügyi dolgozók tekintetében azonban nem született egységes szabályozás, így jelenleg az határozza meg a tevékenység végzésére irányuló jogviszony tartalmát, hogy az egészségügyi szolgáltató pl. költségvetési szervként, gazdasági társasági formában vagy egyéni vállalkozásként működik-e.²⁰¹

A fentiek alapján négy nagy csoportot lehet megkülönböztetni:

- a) alkalmazottként foglalkoztatott orvosok;
- b) különböző vállalkozási formák keretében foglalkoztatott orvosok, ami lehet **ba)** egyéni vállalkozás keretében, vagy **bb)** gazdasági társasági formában; valamint
- c) szabadfoglalkozású orvosok.

Az egészségügyi dolgozó fogalomkörén belül megkülönböztethető az adott tevékenység végzéséhez szükséges, arra jogosító, szakképesítéssel rendelkező, illetve a megfelelő szakképesítés hiányában - esetlegesen éppen annak megszerzése érdekében - az egészségügyi tevékenység végzésében csupán közreműködő személyek.²⁰² Az egészségügyi tevékenységet nem végző, de a beteggel közvetlenül érintkező személyek tekintetében egészségügyben dolgozókról van szó. E megkülönböztetés alapja az egyes jogviszonyok önálló

²⁰⁰ Kincse Gyula: Egészség (?) – Gazdaság (?). MANAGER press Kiadó és Nyomda, 2000. február. 35. p.

²⁰¹ Népegészség, orvos, társadalom. Magyarország az ezredfordulón – Stratégiai kutatások a Magyar Tudományos Akadémián v. Az életminőség tényezői Magyarországon. Magyar Tudományos Akadémia, Budapest, 1998. 87. p. Így pl. az állami, önkormányzati költségvetési szervként működő egészségügyi szolgáltatóknál foglalkoztatott egészségügyi dolgozók közalkalmazottként, a gazdasági társaságoknál foglalkoztatottak munkaviszony keretében, az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat keretében köztisztviselőként, a fegyveres szerveknél szolgálati viszony keretében, illetve az egészségügyi szolgáltató jogállásától függetlenül különböző polgári jogi jogviszonyok keretében vagy önfoglalkoztatóként látják el feladataikat.

²⁰² Bugovics Elemér: A fenntartható egészségügy avagy az egészségügy kórtana. Medicina Kiadó, 2005. 104. p.

gyakorlásához szükséges képesítési követelmények eltérő volta,²⁰³ továbbá a betegellátásban közvetlenül részt nem vevő dolgozókkal szemben megfogalmazott alkalmassági vizsgálatok eltérő jellege indokolja.

Az egészségügyi tevékenység végzésére irányuló egyes jogviszonyok nevesítve vannak, és egyben meghatározottak azok az alapvető feltételek, amelyek a jogviszony létesítésének alapjául szolgálnak. Az egyes jogviszonyok nevesítése mellett azonban szükséges rögzíteni az adott jogviszonyra vonatkozó speciális rendelkezéseket is. E körben a vállalkozások részére garanciális rendelkezés, hogy - a szakmai követelmények teljesítése esetén - minden olyan egészségügyi tevékenység végezhető, amelyet külön törvény nem korlátoz, vagy amely vonatkozásában külön jogszabály nem nevesíti a konkrét egészségügyi szolgáltatót. A különböző jogviszonyok párhuzamos jelenlétéből adódó esetleges konfliktusok, illetve működési zavarok megelőzése céljából külön rendelkezés van arra az esetre, ha egy egészségügyi szolgáltató keretében többféle jogviszonyban foglalkoztatott teamek működnek. Az egészségügyi szolgáltatást nyújthatják természetes és jogi személyek, továbbá jogi személyiség nélküli szervezetek, és az egészségügyi tevékenységet végző természetes személyek.²⁰⁴

Az egészségügyi szolgáltatások működtetése és gazdálkodása eltérő formában valósulhat meg. Lehetőség van **egyéni egészségügyi vállalkozás** formájában működtetett egészségügyi szolgáltatásra.²⁰⁵ Az egyéni egészségügyi vállalkozó érvényes működési engedély és felelősségbiztosítás birtokában, saját nevében és saját felelősségére nyújtja az egészségügyi szolgáltatásokat. Az egyéni egészségügyi vállalkozó teljes vagyonával felel vállalkozási tevékenységéből kötelezettségeiért, ezért az egészségügyi vállalkozó nem lehet más vállalkozás korlátlanul felelős tagja. A megkötés – azt a célt szolgálja, hogy az egyéni egészségügyi vállalkozó, csak egy vállalkozásban lehessen korlátlanul felelős azért, hogy szükség esetén teljes vagyonával legyen képes helytállni.²⁰⁶

²⁰³ például egyéni egészségügyi vállalkozó csak a szükséges szakképesítéssel rendelkező egészségügyi dolgozó lehet.

²⁰⁴ Bugovics Elemér: A fenntartható egészségügy avagy az egészségügy kórtana. Medicina Kiadó, 2005. 123. p.

²⁰⁵ Ilyet az a személy folytathat, aki szerepel az egészségügyi dolgozók működtetési nyilvántartásában, és a jogszabály által előírt szakképzettséggel rendelkezik.

²⁰⁶ Népegészség, orvos, társadalom. Magyarország az ezredfordulón – Stratégiai kutatások a Magyar Tudományos Akadémián v. Az életminőség tényezői Magyarországon. Magyar Tudományos Akadémia, Budapest, 1998. 147. p.

Az egészségügyi dolgozó jogosult a szükséges engedély(ek) birtokában, egyéni egészségügyi vállalkozóként a saját nevében és felelősségére egészségügyi szolgáltatóként működni. Az egyéni egészségügyi vállalkozóként történő munkavégzés esetén az egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosító működési engedélyt kiadó egészségügyi hatóság részére be kell mutatni az egészségügyi tevékenységre való egészségi alkalmasság igazolását is. Egyéni vállalkozás keretében, amennyiben az ahhoz szükséges személyi és tárgyi feltételek rendelkezésre állnak, minden olyan egészségügyi tevékenység végezhető, amelynek végzését külön törvény nem korlátozza, illetve amely kapcsán külön jogszabály nem nevesíti a feladatot ellátó konkrét egészségügyi szolgáltatót.²⁰⁷ A törvény általános jogosultságként határozza meg az egészségügyi egyéni vállalkozóként történő működés lehetőségét. A saját nevében és saját felelősségére egészségügyi szolgáltatást nyújtó egyéni egészségügyi vállalkozó tevékenységét a törvény szerint csak abban a körben lehet korlátozni, amelyben külön jogszabály nevesíti a konkrét szolgáltatást nyújtó intézményt vagy szakmai okokból meghatározott szervezethez rendel egyes ellátásokat (pl. terheségmegszakítás).²⁰⁸

Az egyéni egészségügyi vállalkozó egyéni vállalkozói igazolvány, érvényes működési engedély és felelősségbiztosítási szerződés birtokában, a saját nevében és kockázatára nyújtja a működési engedélyében meghatározott egészségügyi szakmákhoz tartozó szolgáltatásokat. Az egyéni egészségügyi vállalkozó köteles személyesen közreműködni az egészségügyi szolgáltató tevékenység folytatásában. Az egyéni egészségügyi vállalkozó a munkaviszonyra vonatkozó szabályok szerint alkalmazottat foglalkoztathat. Az egyéni egészségügyi vállalkozó által alkalmazott szakirányú szakképesítéssel nem rendelkező személy egészségügyi szolgáltató tevékenységet csak akkor végezhet, ha szakmai tevékenységének közvetlen irányítását az egyéni egészségügyi vállalkozó vagy az általa alkalmazott megfelelő szakképesítéssel rendelkező személy látja el.²⁰⁹

Egyéni egészségügyi vállalkozási tevékenység folytatására jogosító egyéni vállalkozói igazolványt kérelemre az egyéni egészségügyi vállalkozó székhelye szerint illetékes körzetközponti jegyző adja ki az egyéni vállalkozói igazolvány kiadására vonatkozó külön jogszabályban foglalt szabályok szerint, azzal az eltéréssel, hogy az egyéni egészségügyi

²⁰⁷ 2003. évi LXXXIV. törvény az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről. 10. §. (1) – (3) bekezdés

²⁰⁸ Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat honlapja, http://www.antsz.hu/portal/down/kulso/jogszabalyok/25_2004_korm_rendelet.htm

²⁰⁹ Joginfo. <http://www.vitalitas.hu/index.php?ctype=5&did=3869&cid=31>.

vállalkozás folytatásához szükséges szakképesítés meglétét a működési engedélyezés során az egészségügyi hatóság vizsgálja.

Társas vállalkozás esetében a Gazdasági Társaságokról szóló 2006. évi IV. törvényben foglalt szabályokat kell alkalmazni. Ezek a társaságok négyféle formában működhetnek, úgy mint közkereseti társaság, betéti társaság, korlátolt felelősségű társaság és részvénytársaság. A közkereseti társasági forma és a részvénytársasági forma nem terjedt széles körben el az egészségügyi szolgáltatók körében, hagyományosan vagy betéti társasági formában, vagy korlátolt felelősségű társasági formában működnek.²¹⁰ Lényeges eltérés a két társasági forma között abban van, hogy a betéti társaság tagjai a hitelezőiknek teljes vagyonukkal felelnek, míg a korlátolt felelősségű társaság csupán a törzstőkéje erejéig. Ma már a korlátolt felelősségű társasági forma a leggyakoribb formája az egészségügyi szolgáltatóknak. Az egyes társasági formájú szolgáltatóknál az orvosi tevékenység különböző formákban gyakorolható.

Az egészségügyi dolgozó jogosult a szükséges engedélyek birtokában - jogi személyiséggel rendelkező vagy jogi személyiség nélküli - társas vállalkozás tagjaként, a társas vállalkozás nevében és felelősségére egészségügyi tevékenységet végezni.²¹¹ Az egészségügyi tevékenység társas vállalkozás tagjaként történő végzésére vonatkozó feltételek gyakorlatilag megegyeznek az egyéni vállalkozóval szemben támasztott követelményekkel azzal, hogy míg az egyéni vállalkozó szükségképpen csak megfelelő szakképesítéssel rendelkező személy lehet, addig a társas vállalkozás tagjaként a vállalkozás nevében és felelősségére - megfelelő képesítéssel rendelkező egészségügyi dolgozó által nyújtott ellátásban - a társas vállalkozás tagja - hasonlóan az alkalmazott dolgozókhoz - közreműködhet.²¹²

Az egészségügyi tevékenység végzésének új formája a szabadfoglalkozású orvos, amely minden szakképesítéssel rendelkező egészségügyi dolgozó számára lehetővé teszi, hogy közreműködjön az egészségügyi szolgáltató feladataiban.²¹³ Tekintettel arra, hogy a szabadfoglalkozású egészségügyi dolgozó feladatait nem saját, hanem az őt megbízó egészségügyi szolgáltató nevében látja el, általában nincs szükség a tevékenységéhez

²¹⁰ Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat honlapja, <http://www.antsz.hu/portal/oldalak/ugy.page?id=f4890c3c-830c-11db-aa79-8df5ba03d2a2>

²¹¹ 2003. évi LXXXIV. törvény az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről. 11. § (1) bekezdés

²¹² lásd: 2003. évi LXXXIV. törvény az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről.

²¹³ Pulay Gyula: Gondolatok a szabadfoglalkozású orvosi jogállásról. Magyar Orvos. A magyar orvosi kamara hivatalos lapja. 2001.06.IX. évfolyam VI. szám.

működési engedélyre és nem szükségszerű feltétele a szabadfoglalkozású jogviszony létesítésének a felelősségbiztosítási szerződés sem. Rögzítve van a szabadfoglalkozású egészségügyi dolgozó és az egészségügyi szolgáltató közötti szerződés kötelező elemei, amelyen túl a szakmai kamarák ajánlása alapján vagy a felek közös megegyezése szerint számos más szerződéses feltétel is meghatározható.

Az az orvos minősül szabadfoglalkozásúnak, aki szerepel az orvosok működési nyilvántartásában és orvosi szakirányú szakképesítéssel rendelkezik. Szabadfoglalkozású orvosi tevékenységet – **működési engedély nélkül** - akkor folytathat, ha van felelősségbiztosítási szerződése és orvosi tevékenység ellátásáról szóló szerződése. A szabadfoglalkozású orvos a tevékenységét csak a szerződésben meghatározott kereteknek és feltételeknek megfelelően, szakmailag önállóan és saját felelősségére végzi. A betegek érdekeit védi az, hogy amennyiben kárt okoz a szabadfoglalkozású orvos a betegnek, abban az esetben a beteggel szemben közvetlenül az egészségügyi szolgáltató felel. Orvosi tevékenység ellátásáról szóló szerződést kell kötni az egészségügyi szolgáltatónak a szabadfoglalkozású orvossal, illetve a szabadfoglalkozású orvosi praxisközösséggel. A praxisközösség a szabadfoglalkozású orvosok számára kialakított jogintézmény, amelyet közkereseti társaság formájában szabadfoglalkozású orvosok alapíthatnak. A praxisközösség tagja csak szabadfoglalkozású orvos lehet, aki egyben – a társasági szerződésben foglaltak szerint – személyes közreműködésre kötelezett. Az egészségügyi szolgáltató a szabadfoglalkozású orvos munkáját a köztük létrejött szerződésben rögzített megbízási díjjal ellentételezi.²¹⁴ Az egészségügyi dolgozó jogosult bármely egészségügyi szolgáltatónál megbízási szerződés alapján a szakmai kompetenciájába tartozó egészségügyi tevékenység ellátására. A szabadfoglalkozású jogviszony keretében működő egészségügyi dolgozó az egészségügyi tevékenységet az őt megbízó egészségügyi szolgáltató nevében végzi. A szabadfoglalkozású egészségügyi tevékenység egyéni vállalkozóként is folytatható. A szabadfoglalkozású egészségügyi tevékenységhez szükséges egyéni vállalkozói igazolvány igényléséhez az egészségügyi dolgozónak az orvosok, illetőleg az egészségügyi szakdolgozók működési nyilvántartásába vételéről szóló igazolványát, - és ha ez nem tartalmazza - a szakképesítést igazoló okirat hiteles másolatát kell mellékelni.²¹⁵ A szabadfoglalkozásra jogosító egyéni

²¹⁴ Lehetőség van azonban arra is, hogy a szabadfoglalkozású orvos közvetlenül az Országos Egészségbiztosítási Pénztár is szerződést kössön.

²¹⁵ A szabadfoglalkozásra jogosító egyéni vállalkozói igazolványban fel kell tüntetni az egészségügyi dolgozó által folytatható egészségügyi tevékenységet és azt, hogy az igazolvány kizárólag szabadfoglalkozású egészségügyi tevékenységre jogosít.

vállalkozói igazolvánnyal rendelkező egészségügyi dolgozó egészségügyi szolgáltatóként nem működhet. E jogviszonya alapján kizárólag személyesen és csak az igazolványban feltüntetett egészségügyi tevékenységet végezheti.²¹⁶ A szabadfoglalkozású egészségügyi dolgozó és az egészségügyi szolgáltató közötti megbízási szerződés van.²¹⁷

²¹⁶ Alkalmazottat, bedolgozót, segítő családtagot, tanulót nem foglalkoztathat, közreműködőt nem vehet igénybe, nem tarthat fenn telephelyet, fióktelephelyet.

²¹⁷ Pulay Gyula: Gondolatok a szabadfoglalkozású orvosi jogállásról. Magyar Orvos. A magyar orvosi kamara hivatalos lapja. 2001.06.IX. évfolyam VI. szám.

3.3. Az alapellátás

3.3.1. Bevezető

Az alapellátás szintje a háziorvosi ellátás keretében kerül bemutatásra, mivel itt vannak jelen azok az általános ismérvek, amelyek alapján feltárható a rendszer sajátossága. Világszerte elterjedt az a felismerés, hogy az egészségügyi ellátó rendszerekben az ellátásnak a kórház centrikus és speciális szakmai feladatokra koncentráló ellátási formákkal szemben előnyben kell részesítenie a közösségre orientált és az egészség holisztikus szemléletének megfelelő, az egészségügy átfogó kérdéseivel foglalkozó ellátási formákat. A háziorvosi praxisban laikus és meglehetősen egyéni döntések alapján jelennek meg, a fekvőbeteg-gyógyintézetben (kórházban) azonban rendszerint szakember – általában a háziorvos – döntése alapján kerülnek a betegek. Ennek következtében a háziorvos gyakran „ömlesztett”, a kórházi orvos inkább „orvosi szempontból rendszerezett” panaszokkal találkozik. A beteg maga dönti el, hogy mikor fordul orvoshoz, ezért az alapellátásban dolgozó orvosnak klinikai problémamegoldó tevékenysége során elsősorban és mielőbb azt kell kiderítenie, miért döntött úgy a beteg, hogy segítséget kér. Ha sikerült feltárni a valódi okot, a diagnózis pontosabb, az azt követő betegellátás pedig megfelelőbb lesz.²¹⁸ Így nálunk is egyre inkább előtérbe kerül az alapellátás az egészségügy átalakításának szükségessége révén, mivel a megfelelő személyi, tárgyi, szervezeti, jogi, valamint pénzügyi feltételek mellett az esetek túlnyomó többségében hatékonyabb, humánusabb, elérhetőbb és olcsóbb ellátást képes nyújtani. Az alapellátás, ezen belül a vállalkozó és a közalkalmazott háziorvos szerepe többek között az, hogy a betegáramlás szabályozásával csak az indokolt terhelést továbbítsa a drágábban működtethető szakellátási szintek és formák felé, miközben saját munkája során fokozottan prevenció- és minőségorientált.²¹⁹ A háziorvos olyan orvosi specialitás, amely az egyén és a család számára folyamatos és átfogó egészségügyi ellátást kínál és nyújt. Ötvözi a biológiai, a klinikai és a viselkedéstudományi ismereteket. Az első orvos-beteg találkozástól kezdve folyamatosan vállal felelősséget a hosszan tartó ellátásért.²²⁰ A személyesen biztosított gondozás egyedülálló interakciót és kommunikációt teremt a beteg és az orvos között. A gondoskodás a beteg valamennyi szomatikus, pszichés és szociális panaszára, problémájára

²¹⁸ Fraser, C. Robin: Az alapellátás módszertana. A háziorvoslás szempontjai. Melania Kiadó Kft, Budapest, 2004. 8.p.

²¹⁹ Arnold Csaba: Családorvoslás. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, 1999. 23-39. pp.

²²⁰ Oláh A.: Gondolatok az orvos és a beteg kapcsolatáról. Med. Univ. 1979. 121. p.

vonatkozik. Lehetővé és hozzáférhetővé teszi a megfelelő szakkonzultációt és biztosítja a társadalom által nyújtott egészségügyi szolgáltatások hatékony, célirányos igénybevételét. Ezekből kitűnik, hogy az orvos által végzett ellátás több, egymással közel egyenrangú, egymást kiegészítő vagy egymásból következő elemből tevődik össze.

3.3.2. Az alapellátáshoz tartozó ellátások

A települési önkormányzatok kötelező feladatát képező egészségügyi alapellátás körébe tartozó egészségügyi szolgáltatások a háziorvosi, a házi gyermekorvosi, a területi védőnői és a fogorvosi ellátás.²²¹ Ezek tekintetében a feladat ellátására kötelezett települési önkormányzat minősül egészségügyi szolgáltatónak, amennyiben nem hozott létre a feladat ellátására önkormányzati intézményt.²²² Az alapellátás azonban ennél szélesebb kört fog át, mivel ide tartozik még a foglalkozás-egészségügyi szolgálat, a sürgősségi ellátások fentiekhez nem tartozó szereplői, a házi ápolás, otthoni szakápolás és az alapszintű gyógyszerellátás. Általánosan elfogadott elv, hogy az alapellátáshoz tartozik minden olyan ellátási forma, ahová a lakosság egészségi problémájával bármikor közvetlenül fordulhat. Szélesen értelmezve a fogalmat, az alapellátásba sorolható a szervezett egészségügyi ellátáson kívüli tevékenység is, pl. különböző karitatív segélyhelyek tevékenysége. Az alapellátás területén kiemelkedő jelentőségű a háziorvosi ellátás, mivel ez az általános orvosi gyakorlat optimális munkamódszere. Az alapellátás lényege, hogy a beteg a lakóhelyén, vagy annak közelében választása alapján, hosszú távon, személyes kapcsolatra alapozva, nemétől, korától és betegsége természetétől függetlenül folyamatos egészségügyi ellátásban részesüljön.²²³

Az alapellátás célja az ellátott lakosság tekintetében egészségügyi megelőző tevékenység végzése, az egyén egészségi állapotának figyelemmel kísérése, valamint egészségügyi felvilágosítása és nevelése, meghatározott kompetencia keretében történő gyógykezelése, gondozása és rehabilitációja az adott diagnosztikus és terápiás háttér mellett, szakorvoshoz történő irányítása a betegség megállapítása, kezelési terv készítése vagy terápiás ellátás céljából, gyógykezelése, házi ápolása és rehabilitációja a kezelőorvos által javasolt terápiás

²²¹ Magyar közigazgatási jog. Különös rész Európai Unió kitekintéssel. Szerkesztette: Ficzer Lajos – Forgács Imre. Osiris Kiadó, Budapest, 2004. 274. o.

²²² 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól, egységes szerkezetben a végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelettel Vhr. 14.§ (2) bekezdés

²²³ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 88.§ (1) bekezdés

terv alapján, valamint szükség esetén a beteg otthonában történő ellátása, illetőleg a beteg otthonában végzendő szakorvosi konzílium kérése.²²⁴

Az orvosi szolgáltatás egyrészt jelenti a szükséges gyógyító-megelőző, vagy más hasonló jellegű orvosi munkát. Másrészt azonban az ezt előkészítő, járulékos feladatokat, amelyek ezt elősegítik (tájékoztatás), vagy lehetnek érdekvédelmi jellegűek (hozzájárulás kikérése). Az orvosi jogviszony polgári jogi jellegű, ezért a jogviszonyban részt vevő személyek – felek – között mellérendeltségi kapcsolat van, egyenrangúság és egyenjogúság érvényesül. A beteg az orvosi jogviszony alanya.²²⁵ Az orvosi szolgáltatás nem irányulhat meghatározott eredményre, csupán a kívánt eredményt szolgáló tevékenység végzésére.

Az orvos-beteg kapcsolat első helyen kiemelendő sajátossága a háziorvosi tevékenységnek, ugyanis egy páciens- és betegségcsoport ellátását, gondozását, gyógyítását tartósan, éveken, esetleg évtizedeken keresztül végzi.²²⁶ Vitathatatlan, hogy a bizonyos krónikus betegségekben a specialista is folyamatos ellátást végez, hiszen az idült betegségben szenvedő hosszú távú szakorvosi felügyeletet igényel. Ez azonban a szakorvos számára a betegség szempontjából válogatott beteganyagot jelent. Nincs lehetősége a betegséget megelőző állapot észlelésére, esetleg az is, hogy a beteg ismételten hozzá, vagy más intézménybe kerül-e, netán otthonában fekvő beteggé válik, és a további megfigyelését, gyógyítását, állapotának nyomon követését más orvos fogja-e végezni. Szinte mindig hiányzik a beteg családjával való kapcsolata, a beteg közvetlen és tágabb környezetének behatóbb ismerete.

Ezzel szemben a háziorvos a praxisába tartozó valamennyi betegének állapotáért mindennap minden órában felelős. Túlnyomórészt maga határozza meg betege vizsgálatának, ellenőrzésének idejét, helyét és módját, lehetősége van direkt és indirekt úton tájékozódni betegei állapotának változásáról. Egyedülálló lehetősége van arra, hogy megfigyelje betegét a betegség kialakulásának pillanatától. Nyomon követheti a betegség természetes lefolyását, de még inkább az orvosi beavatkozás hatását a betegség lezajlása során.²²⁷

A beteggel fenntartott tartós és rendszeres kapcsolata módot ad számára a kórelőzmény, a kórtörténet közvetlen megfigyelésére. Egy intézetben felvett igen részletes anamnézis sem

²²⁴ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 88.§ (2) bekezdés

²²⁵ Oláh A.: Gondolatok az orvos és a beteg kapcsolatáról. In: Med. Univ. 1986. 18. Akt. 27. p.

²²⁶ Behozhatatlan előnnyel rendelkezik minden más orvossal szemben, mert ez a körülmény olyan tapasztalatszerzésre ad lehetőséget, amely szinte egyetlen más specialistának nem adatik meg.

²²⁷ Simon J.: A home care szerepe egy család gondozásában. In: Med. Univ. 1994. 27. Akt. 9. p

tartalmazhatja azt az ismeretanyagot, amelyet a házi orvos munkájának évei során elemenként összegyűjtött.²²⁸ Ha ehhez illeszti és hozzáépíti az ambuláns vagy a fekvőbeteg-intézeti leletek, megfigyelések eredményeit, a lehető legteljesebb képet kaphatja betegeiről. Az egy-egy betegről, egy-egy betegségről összegyűjtött, állandóan bővülő ismeretanyag a betegellátás folyamatossága révén nemcsak az egyre hatékonyabb gyógyító munka lehetőségét biztosítja, hanem a betegekkel fenntartott kapcsolat mélyítését is.²²⁹

Az ismételt házi orvosi ellátás nem pusztán az aktuális panaszok lehető legjobb és a lehetőség szerinti definitív ellátását jelenti. Jelenti azt az időszakot is, amikor a beteg átmenetileg más szakorvos felügyelete alá kerül. Lehet ez ambuláns kezelés, gondozás vagy fekvőbeteg-intézeti ellátás. A házi orvos tevékenysége ez esetekben sem merül ki a szakellátás, a konzílium, vagy a kórházi felvétel kezdeményezésével. A beteggel tartott kapcsolat kisebb-nagyobb megszorításokkal akkor is tart, amikor a beteg gyógyítását az egészségügyi ellátás más szintjén működő orvosok végzik.

A házi orvos kötelezettsége, hogy nyomon kövesse betegét az intézeti kezelés során, kapcsolatot tartson az őt gyógyító szakorvosokkal.²³⁰ A folyamatos ellátás összetett, átfogó, minden problémára kiterjedő, és időtartamát tekintve nem rendelkezik korlátokkal. Az ellátás komplexitása a gyógyító-megelőző munka során adódó szomatikus-pszichés-szociális problémák megoldását jelenti. A betegnek és családjának is igénye és elvárása, hogy egészségi problémái az alapellátás szintjén orvoslást nyerjenek. A beteg életének megóvása, egészségének helyreállítása valamennyi orvos célja és feladata. Az egészségügyi ellátás különböző szintjein működő orvosok tekintetében az ezzel járó felelősség más jellegű, súlyú és megnyilvánulása. A kórházi osztályon dolgozó orvosok esetében az intézet – szervezetszintjénél is fogva – megosztja a felelősséget dolgozói között. Ez elsősorban a beteg osztályos orvosára nehezedik, de az osztály hierarchiájának megfelelően a vele járó szellemi és fizikai teher megoszlik. Ebben a betegellátási formában mérsékelheti a felelősség súlyát az a lehetőség, hogy a döntési nehézség esetén rövid időn belül más szakember véleménye, segítsége is kérhető.²³¹

Ezzel szemben a házi orvos minden egyes döntésével magára marad. A házi orvosi ellátást minden egyes orvos-beteg kapcsolat esetén az jellemzi, hogy az aktuális panaszok egy

²²⁸ Simon T.: Az egészségnevelés feladatai a körzeti orvos gondozó munkájában. In: Med. Univ. 1985. 18. Akt. 83. p.

²²⁹ Margitay E.: Egészséges család, beteg család, beteg a családban. In: Med. Univ. 1991. 24. p.

²³⁰ Ez hosszabb vagy komplikáltabb betegség esetében akár több orvost és több intézetet jelenthet.

²³¹ Antalics G. A kórház és a körzeti orvos kapcsolata. In: Med. Univ. 1990. 23. Akt. 30. p.

hosszan tartó gyógyító-ellenőrző-megelőző program része lesz. A háziorvosi szakma alapsajátossága, hogy nem betegség-, hanem betegcentrikus. Ennek alátámasztásaként azt lehet az elemzésben felhozni, hogy már az első orvos-beteg találkozás - majd az erre épülő további kapcsolat - a beteg panaszainak, nyilvánvaló vagy rejtett problémáinak megoldására jön létre. A probléma feltárását célzó szemléletet az olyan orvosi gyakorlat és törekvés jellemzi, amelyben az eset hátterének feltérképezése áll az előtérben és nem a szomatikus betegség keresése. Ezzel szembe állítható az az orvosi gondolkodásmód, amely elsősorban vagy kizárólag a nyilvánvaló, szervre összpontosuló elváltozásokat keresi.²³² Ezek harmonizálása vezethet az optimális diagnosztikai megoldáshoz. A problémaorientált beteg- és betegség megközelítésnek célja a beteg testi és lelki jólétének biztosítása, illetve helyreállítása és gyógyult állapotban való fenntartása. A problémaorientáltság egyben szemléletet is jelent, olyan beteg megközelítést, amely során a lehető legjobban érvényesül a betegség megelőzésére, illetve a beteg teljes meggyógyítására való törekvés.²³³

A háziorvos egyszemélyes hosszan tartó és mindenre kiterjedő felelőssége megkívánja, hogy nála gyűljön össze és összegződjön minden olyan információ, ami a beteggel összefügg, állapotára, betegségére vonatkozik. Az elsődleges és definitív ellátás csaknem valamennyi beteg esetében egyetlen személy, a háziorvos tevékenységét igényli, de esetenként szaksegítségre vagy intézeti kezelésre is szükség lehet.²³⁴ A háziorvos tevékenységének másik fajta integratív feladatköre révén egyengeti betegei útját az egészségügyi ellátórendszerben. Az orvos döntésével és a beteg hozzájárulásával vizsgálatok sora indul el. A vizsgálatot kérő ezeket logikus sorba rendezve irányítja a beteget az ellátó rendszert legkevésbé megterhelő, optimális szintre.²³⁵

Látható tehát, hogy a gyógyítás és annak eredményessége elsődlegesen az orvos és beteg bizalmi kapcsolatán alapul.²³⁶ Ezen bizalom a rendszeres személyes találkozások során alakulhat ki, amelyben a beteg, illetőleg a betegek egy csoportja az ellátást személyre szólónak, az adott körülményekhez igazodónak érzi. Ahhoz, hogy valóban ilyen ellátást

²³² Antalics G.: A kórház és a körzeti orvos kapcsolata. In: Med. Univ. 1990. 23. Akt. 42. p.

²³³ A háziorvos mindig komplex és a szélesebb összefüggések megismerésére törekszik. A betegség hátterében elsőként mindig pszichés tényezőket keres. Összefüggéseket keres a személyiség, a környezet, a család és a munkahely, valamint a betegségprobléma lényegének vonatkozásában. Mindig mérlegeli a szomatikus betegség oki és okozati szerepének lehetőségét. Nemcsak a diagnosztika terén értékeli súlyuknak megfelelően a pszichés és a szomatikus hatások betegségkiváltó szerepét és súlyát, hanem e hatások felismert elemeit a gyógyításban is eszközként használja.

²³⁴ Arnold Cs.: Családorvoslás. In: Med. Univ. 1990. 23. Akt. 62. p.

²³⁵ Arnold Cs.: Család gondozás a körzeti orvosi alapellátásban. In: Med. Univ. 1991. 45. p.

²³⁶ Oláh A.: Gondolatok az orvos és a beteg kapcsolatáról. In: Med. Univ. 1986. 18. Akt. 56. p.

lehesen nyújtani, az szükséges, hogy a beteggel közvetlen kapcsolatban álló és az ellátást nyújtó orvos a betegeivel való kapcsolata kialakítása során nagy önállósággal hosszú távon tervezve járjon el. Ez a nagyobb önállóság ösztönző hatású lehet a gyógyító munkára és a gyógyító orvos felelősségét is növeli. Mindez az önálló orvosi tevékenységben nyilvánul meg, alapvetően a területi ellátási kötelezettséggel működő háziorvosi ellátás tekintetében. A működtetési jog nem terjedhet ki az egész orvostársadalomra, hiszen a hivatalnok, a kutató és az orvoslátogatóként dolgozó orvosok esetében ez lehetetlen és nem is tartanak erre igényt.²³⁷

A működtetési jog minden korábbi szabályon túlmutatva testesíti meg az adott orvos személyes ellátási kötelezettségét, függetlenül attól, hogy a szolgáltatás megszervezése milyen szervezeti keretek között történik. A háziorvos által végzett tevékenység azért válik vagyoni értékű joggá, mert megjeleníti azt az értéket is, amelyet egy orvos életpályatapasztalata, a munkájában megtestesülő sajátos „know-how” képvisel. Orvosnak az a háziorvos tekinthető, aki az alap- és a működési nyilvántartásban szerepel. Működtetési jog az az egészségügyi államigazgatási szerv által az orvos részére adott önálló orvosi tevékenység nyújtására jogosító engedélyben foglalt jog.²³⁸

3.3.3. Az önálló háziorvosi tevékenység²³⁹

Önálló háziorvosi tevékenységet a területi egészségügyi ellátási kötelezettség körében csak a működtetési joggal (ún. praxis joggal) rendelkező háziorvos (háziorvos, házi gyermekorvos, fogorvos) végezhet. Ennek megfelelően a háziorvos ezt a tevékenységet csak a működtetési jogot engedélyező határozat jogerőre emelkedésétől láthatja el, s mivel a működtetési jog egy személyhez fűződő jogosultság, követelmény, hogy a tevékenységet csak személyesen végezheti. Az önálló orvosi tevékenység csak a Magyar Orvosi Kamara által kiadott működtetési engedély vagy hatósági bizonyítvány birtokában végezhető. Az engedélybe foglalt működtetési jog egy olyan személyhez kapcsolódó és vagyoni értékkel bíró jog, ami bizonyos feltételekkel elidegeníthető és folytatható.²⁴⁰

A működtetési jog alapján folytatott önálló háziorvosi tevékenység jellegét erősítik tehát azok a törvényi előírások, amelyek szerint:

- az orvosi tevékenységet személyesen kell folytatni;

²³⁷ Arnold Cs.: Családorvoslás. In: Med. Univ. 1990. 23. Akt. 62. p.

²³⁸ Balogh Sándor: Háttér adatok a háziorvosi ellátásról. In: Med. Univ., 2002. 33. évf. 2. sz. 97-102. p.

²³⁹ 2000. évi II. törvény az önálló orvosi tevékenységről

²⁴⁰ Mikola József: Praxisorientált egészségügyi ellátás. In: Egészségügyi Gazdasági Szemle. 1999. 37. évf. 5. sz. 518-536. p.

- egy személynek csak egy működtetési joga lehet;
- a működtetési jog az örökös is megilleti (ha az a szakmai feltételeknek megfelel);
- a működtetési jog személyhez kötött, vagyoni értékű jog.²⁴¹

Az önálló orvosi tevékenység csak a települési önkormányzat képviselő-testülete által - rendeletben - meghatározott háziiorvosi körzetben folytatható. A kijelölt körzet a település adottságaitól függően kiterjedhet az egész településre vagy csak egy településrészére. Az önkormányzat foglalkoztathatja a háziorvost közalkalmazottként, illetve gazdálkodó szervezeti formában vagy magánorvosként is. Az utóbbi két esetben az orvossal az önálló orvosi tevékenység ellátására kötött szerződés legrövidebb időtartama 5 év. A működtetési joggal rendelkező háziorvos ezt a tevékenységét - a helyettesítést kivéve - csak egy háziiorvosi körzetben folytathatja, azaz csak egy praxis joggal rendelkezhet.²⁴²

Az önálló orvosi tevékenység keretében a háziorvos nyújthat egészségügyi ellátást.²⁴³ A háziiorvosi tevékenység további feltétele, hogy csak akkor kezdhető meg és folytatható, ha az előírt alkalmassági vizsgálat alapján az orvost alkalmasnak minősítik a tevékenység ellátására. Az orvosnak egészségi, mentális és fizikai állapotára tekintettel az adott tevékenység végzésére képesnek és alkalmasnak kell lennie.²⁴⁴ A vizsgálat célja, hogy az orvos - a többi egészségügyi dolgozóhoz hasonlóan - csak olyan egészségügyi tevékenységet végezzen, illetve csak olyan egészségügyi tevékenységben működhessen közre, amellyel - egészségi állapotával összefüggésben - nem veszélyeztetni sem saját, sem az egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő, illetve más személyek egészségét vagy testi épségét. A tevékenység megkezdése előtti vizsgálatot a jogszabályban rögzített esetekben időszakos alkalmassági vizsgálatnak kell követnie, illetve a háziorvosok kötelesek a 62. életévük betöltésének évében alkalmassági vizsgálaton részt venni. Az egészségügyi tevékenységre való alkalmasság elbírálása az illetékes foglalkozás-egészségügyi szakellátó helyen történik. Amennyiben a vizsgálat alapján az orvos az általa ellátott, illetve ellátandó munkakörre egészségileg alkalmas, a foglalkozás-egészségügyi szolgálat orvosa a munkaköri alkalmasságot igazolja.

²⁴¹ Pulay Gyula: Közös ügyünk az egészségügy magánosítása. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, 2002. 27. p.

²⁴² Arnold Cs.: Családorvoslás. In: Med. Univ. 1990. 23. Akt. 84. p.

²⁴³ Ezek a tevékenységek csak a megfelelő felsőfokú orvosi diplomával és az előírt szakképesítésekkel végezhetőek. A háziorvosnak az általános orvosi diploma megszerzésén túl a következő vagylagos feltételeknek is meg kell felelnie, hogy háziiorvosi tevékenységet láthasson el:

1. általános orvostan vagy háziorvostan szakorvosi szakképesítés; vagy
2. belgyógyászat szakorvosi szakképesítés és 10 év körzeti vagy háziiorvosi gyakorlat; vagy

1998. december 31-ig 25 év folyamatos körzeti és háziiorvosi tevékenység.

²⁴⁴ Ez az úgy nevezett munkaköri alkalmasság.

Amennyiben a munkaköri alkalmasság nem igazolható, a foglalkozás-egészségügyi szolgálat orvosa - az érintett orvos hozzájárulásával - a munkaköri alkalmasságának vizsgálatát az Országos Közegészségügyi Központ Országos Munkahigiénés és Foglalkozás-egészségügyi Intézeténél (OKK OMFI) kezdeményezi. Az OKK OMFI a vizsgálat elvégzéséről 8 munkanapon belül gondoskodik. Ha az OKK OMFI által elrendelt vizsgálat az alkalmatlanságot, illetve korlátozott alkalmasságot állapítja meg, az OKK OMFI kezdeményezi az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat illetékes megyei (fővárosi) intézeténél, hogy a munkakörre való alkalmatlanságot, illetve a korlátozással történő alkalmasságot állapítsa meg, illetve amennyiben indokolt az orvost - valamennyi munkakörre kiterjedő hatállyal - az egészségügyi tevékenység folytatásától tiltsa el.

A működtetési jogot az orvos - mivel az vagyoni értékkel bír - akár visszterhesen, akár ingyenesen elidegenítheti. Az elidegenítés azonban csak olyan személy részére történhet, aki még nem rendelkezik működtetési joggal, de a Magyar Orvosi Kamarától megkapta azt a határozatot, amely igazolja, hogy megfelel a jog megszerzéséhez szükséges követelményeknek. Ezen felül a jogot megszerezni kívánó orvosnak rendelkeznie kell az önkormányzattal kötött előszerződéssel vagy az önkormányzat nyilatkozatával, amelyből kiderül, hogy a működtetési jog megszerzése esetén az önkormányzat háziorkosként kívánja foglalkoztatni. Azok az orvosok, akik 2000-ben háziorkosi tevékenységet végeztek és a jogszabályi követelményeknek megfeleltek, a törvény erejénél fogva, - működtetési engedély nélkül - gyakorolhatták és gyakorolják tovább az önálló orvosi tevékenységüket. Ezek a háziorkosok szintén elidegeníthetik a praxis jogukat, de ehhez előzőleg be kell szerezniük a Magyar Orvosi Kamarától azt a hatósági bizonyítványt, ami a működtetési joguk megszerzését igazolja. Vannak továbbá olyan háziorkosok, akik 2000-ben területi ellátási kötelezettség nélkül, de legalább 200 betegnek viselték gondját a társadalombiztosítás által finanszírozott orvosi tevékenység keretében, ezért ők a szükséges igazolások bemutatása után szintén megszerezhették a praxis jogot. Az így szerzett működtetési jog azonban "forgalomképtelen", nem idegeníthető el, mert az szorosán az azt megszerző orvos személyéhez kötődik. A működtetési jog tehát a fenti kivétellel és korlátozással elidegeníthető, de bérbe vagy haszonbérbe nem adható, a gyakorlásának a joga - sem ingyenesen, sem visszterhesen - nem engedhető át más személynek.²⁴⁵

²⁴⁵ Nagy Péter: A működtetési jogról. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2001. 132. p.

A kizárólag személyesen végezhető tevékenységben az orvost csak akadályoztatása esetén helyettesítheti más.²⁴⁶ Mivel a ilyen esetekben a személyes szolgáltatásnyújtási kötelezettségét az orvos nem tudja teljesíteni, a helyettesítéséről gondoskodni kell. Természetesen a helyettesítő orvosnak is meg kell felelnie a működtetési jog megszerzéséhez és a tevékenység gyakorlásához szükséges személyi feltételeknek.

A praxis jogot a háziorvos halálát követően a hozzátartozói a következő törvényi sorrend szerint folytathatják.²⁴⁷

1) házastárs;

2) egyenes ági leszármazó.²⁴⁸

Az önálló orvosi tevékenység folytatásához szükséges működtetési engedélyt, illetve hatósági bizonyítványt a Magyar Orvosi Kamara megyei szervezete kérelemre adja ki. A működtetési engedély csak annak az orvosnak adható, aki a háziorvosi tevékenység folytatásához előírt jogszabályi követelményeknek megfelel. Ezért a praxis jogra vonatkozó kérelemhez csatolni kell a diplomáról és a szükséges szakképesítésről szóló igazolásokat és dokumentumokat, valamint az alkalmassági vizsgálat eredményéről szóló igazolást.²⁴⁹

A működtetési jog megszerzési módjától függően az alábbi okiratokat is mellékelni kell a kérelemhez:

A működtetési jog elidegenítés útján történő megszerzése esetén:

1) Működtetési jogot elidegenítő és megszerezni kívánó személyek által kötött előszerződést a működtetési jog átadásáról; valamint

²⁴⁶ Ilyen esetnek minősül: a keresőképtelenség, a hivatalos távollét, a szabadság, a gyermekápolás, gyermekgondozás; illetve, ha a munkavégzés a közmegebízattal összeférhetetlen vagy valamilyen közmegebízattal miatt a tevékenységét nem tudja ellátni a háziorvos.

²⁴⁷ 2000. évi II. törvény az önálló orvosi tevékenységről 2. § (4) bekezdés

²⁴⁸ Egyenes ági leszármazónak kell tekinteni az elhunyt gyermekét, örökbefogadott és nevelt gyermekét, valamint az unokáját, és közöttük mindig a leszármazási fok dönti el a jogosultság sorrendjét. Ha több olyan egyenes ági leszármazott is van, akik megfelelnek a működtetési jog gyakorlásához szükséges követelményeknek, akkor 30 napon belül közösen be kell nyújtaniuk a Magyar Orvosi Kamarához azt a megállapodást, amelyben megjelölik a praxis jog gyakorlására egyedül jogosult személyt. Amennyiben az érintettek a fenti határidőn belül elmulasztják benyújtani a megállapodást, erre utóbb már nincs lehetőség és a működtetési jog megszűnik. Ha a folytatásra megjelölt személyről kiderül, hogy nem felel meg a jogszabályi feltételeknek, két lehetősége van, vagy lemond a praxis jogról a jogosultsági sorrendben utána következő olyan személy javára, aki a törvényi feltételeknek megfelel vagy az elhunyt halálát követő 6 hónapon belül - akár ingyenesen, akár visszerhesen - elidegenítheti azt. A működtetési jog ebben az esetben is megszűnik, ha 6 hónapon belül az elidegenítésre nem kerül sor.

²⁴⁹ 18/2000 (II. 25.) Kormány rendelet a háziorvosi működtetési jog megszerzéséről és visszavonásáról, valamint a háziorvosi tevékenységhez szükséges ingó, ingatlan vagyon és működtetési jog megszerzésének hitelfeltételeiről 3. §

2) Az önkormányzat és a praxis jogot megszerezni kívánó személy közötti előszerződést vagy az önkormányzat olyan nyilatkozatát, amelyből kiderül, hogy az engedély megszerzését követően a kérelmezőt háziiorvosként kívánják foglalkoztatni.

A működtetési jog folytatása esetén:

- 1) A kérelmezőnek a folytatásra való jogosultságát igazoló okiratokat; valamint,
- 2) Ha a folytatásra többen jogosultak, azt a megállapodást, amelyben kijelölik a folytatásra jogosult személyt.

Abban az esetben, ha a háziiorvosi tevékenységet nem közalkalmazottként kívánják ellátni: a kérelmező nyilatkozatát, amelyben kijelenti, hogy a helyettesítésről akkor is gondoskodik, ha a háziiorvosi szolgálat a saját ingatlanában működik.²⁵⁰

A tartósan betöltetlen vagy új háziiorvosi körzet esetén:

- 1) Az önkormányzati képviselő-testületi határozatot, arról, hogy a háziiorvosi körzet tartósan betöltetlen, vagy
- 2) Új körzet esetén az önkormányzat képviselő-testületének rendeletét az új háziiorvosi körzet kialakításáról.

Annak az orvosnak, aki 2000-ben területi ellátási kötelezettség nélkül szerzett működtetési jogot, a hatósági bizonyítvány kiadása iránti kérelméhez mellékelnie kell az Országos Egészségbiztosítási Pénztár igazolását arról, hogy 2000. február 26-án legalább 200 hozzá bejelentett betegre kiterjedően látta el a háziiorvosi tevékenységét.

A működtetési engedély a fenti feltételek teljesülése esetén sem adható ki annak a kérelmezőnek, aki:

- 1) Már rendelkezik praxis joggal;
- 2) Korábban az orvosi tevékenységének gyakorlásával összefüggésben jogszabálysértő magatartást tanúsított és emiatt visszavonták az engedélyét, az engedély visszavonásától számított 5 évig;

²⁵⁰ 18/2000 (II. 25.) Kormány rendelet a háziiorvosi működtetési jog megszerzéséről és visszavonásáról, valamint a háziiorvosi tevékenységhez szükséges ingó, ingatlan vagyon és működtetési jog megszerzésének hitelfeltételeiről 4. § (2) bekezdés

3) Szándékos bűncselekményt követett el és emiatt jogerősen elítélték, vagy akit gondatlan bűncselekmény miatt jogerősen végrehajtandó szabadságvesztésre ítélték, vagy akit a foglalkozástól eltiltottak mindaddig, amíg nem mentesül a büntetett előéletéhez fűződő hátrányok alól.²⁵¹

A kérelem benyújtásától számított 30 napon belül a Magyar Orvosi Kamara megyei szervezete határozatot hoz a működtetési jog megadásáról és az engedély kiadásáról.

A Magyar Orvosi Kamara a működtetési jog kiadásához szükséges feltételek fennállását folyamatosan ellenőrzi, ezért ezek hiányában, illetve a jogszabályban meghatározott egyéb esetekben visszavonja az engedélyt, amelyről szintén határozatot hoz. A határozattal szemben az orvos ugyanazokkal a jogorvoslati lehetőségekkel élhet, mint az engedély iránti kérelem során.

A működtetési engedélyt kiadó megyei kamarai szervezet a következő esetekben köteles visszavonni az engedélyt:

1) Ha a praxis jog jogosultja az engedély kérelmezése során az ügy érdemi elbírálása szempontjából rosszhiszemű volt. Rosszhiszeműnek kell tekinteni - többek között - azt az orvost, aki az eljárás során az engedély megadása szempontjából fontos tény, adatot vagy körülményt elhallgatott, adatokat hamisított meg vagy más módon megtévesztette a hatóságot.

2) Ha az önálló orvosi tevékenységet végző háziorvos az engedély kiadásához szükséges valamely feltételnek már nem felel meg. Például, ha háziorvos egészségi állapotának romlása miatt véglegesen alkalmatlanná válik a tevékenység ellátására.

3) Ha az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ) három éven belül legalább két alkalommal jogszabálysértés miatt hatósági határozattal intézkedett, de a háziorvos a határozatoknak nem tett eleget.

4) Ha az ÁNTSZ ismételt figyelmeztetése ellenére a háziorvos a tevékenységét nem vagy - a helyettesítést kivéve - nem személyesen végzi.²⁵²

Az engedély megadásához szükséges feltételek fennállását, valamint az ÁNTSZ határozatainak érvényesülését az engedély kiadásától számított 5 évente, az alkalmas

²⁵¹ 18/2000 (II. 25.) Kormány rendelet a háziorvosi működtetési jog megszerzéséről és visszavonásáról, valamint a háziorvosi tevékenységhez szükséges ingó, ingatlan vagyon és működtetési jog megszerzésének hitelfeltételeiről 5. §

²⁵² 18/2000 (II. 25.) Kormány rendelet a háziorvosi működtetési jog megszerzéséről és visszavonásáról, valamint a háziorvosi tevékenységhez szükséges ingó, ingatlan vagyon és működtetési jog megszerzésének hitelfeltételeiről 8. §.

minősítés megadását a vizsgálatra jogszabályban előírt időszakonként vizsgálja a Kamara. Az engedély visszavonását a Magyar Orvosi Kamarán kívül az Országos Tisztifőorvosi Hivatal is kezdeményezheti.

Az **alapellátási magánosítási modell fő jellemzői** tehát az alábbiakban foglalhatóak össze:²⁵³

- 1) Teljes szabadság a vállalkozási forma megválasztásában;
- 2) A háziiorvosi vállalkozásnak bárki a tulajdonosa lehet;
- 3) A tulajdonosi és a működtetési jogok szétválasztása;
- 4) A működtetési jog szigorú szakmai szabályozása és vagyoni joggá tétele;
- 5) A háziiorvosi praxis fejlesztésére ösztönző, az eszközhasználat költségeit is fedező, de nyereséghányadot gyakorlatilag nem tartalmazó finanszírozás;
- 6) Annak a jogi lehetősége, hogy az anyagi, a szakmai, és a szellemi befektetések hosszú távon megtérüljenek a működtetési jog értékesítésekor;
- 7) Kedvezményes kamatozású kölcsönök a magánosításban részt vevő orvos (háziiorvosi vállalkozás) részére, illetve a működtetési jog megvásárlásához.

3.3.4. Folyamatosan hozzáférhető egészségügyi ellátás

A folyamatosan hozzáférhető egészségügyi alapellátás a háziorvosra alapozódik, amelynek - a célszerűen szervezett ügyeleti szolgáltatatokkal kiegészülve – a nap 24 órájában biztosítani kell mindazokat a szolgáltatásokat, amelyek a sürgősségi ellátástól kezdve az egyszerűbb panaszok orvoslásán keresztül a súlyos problémák megoldásáig kielégítik a praxis lakóinak igényeit és szükségleteit. A háziorvos elsődleges és legfontosabb feladata a járó- és a fekvőbetegek definitív ellátása. Társadalmi elvárás, hogy az egészségügyi alapellátás folyamatosan működjön, rövid időn belül elérhető legyen, minden rászoruló igénybe vehesse, és maximálisan kielégítse azok igényét. Az ellátás színvonalában azonban a valóságban, az egyenlő elbánás ellenére egyenlőtlenségek vannak település és település között. Ennek az oka lehet, hogy a kedvező beviteli adottságokkal rendelkező, jó gazdálkodást folytató településeken nagy valószínűséggel a közfeladatok ellátásának színvonala is magasabb, mint ott, ahol egy település tartós gazdasági nehézségekkel küzd. Ennek további következménye

²⁵³ Pulay Gyula: Közös ügyünk az egészségügy magánosítása. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 2002. 29. p.

lehet az is, hogy a folyamatos ellátás az elmaradottabb kistérségekben nem működik kielégítően.

A betegnek és a közösségnek egyaránt természetes, de aligha teljesíthető elvárása a háziorvosi szolgálattal szemben, hogy választott orvosuk bármikor elérhető legyen, és az aktuális ellátási igényt ki tudja elégíteni. A területi ellátási rendszer magába foglalja az adott területen élő összes lakos ellátásának kötelezettségét, függetlenül attól, hogy az ellátásra szoruló ténylegesen, hivatalosan betege-e az orvosnak, vagy sem. A beteglistán alapuló ellátási rendszerben az orvos és a beteg megállapodásán alapul, hogy ki a választott orvos. Ilyenkor a folyamatos ellátási kötelezettség a listán szereplő személyekre vonatkozik, a sürgős szükség esetén nyújtandó ellátás viszont korlátozás nélkül mindenki számára biztosított.²⁵⁴

Az ellátást úgy kell megszervezni, hogy pontosan meghatározott időben elérhető legyen a járóbeteg-rendelés, és a nap további óráiban a háziorvos sürgősségi, ügyeleti szolgáltatást nyújtson.²⁵⁵ A gyakorlat az, hogy a napi rendeléseken zajló járóbeteg-ellátás és az ehhez illesztett fekvőbeteg-látogatások jelentik a folyamatos ellátást és csak ritkán, esetlegesen az éjszakai vagy az ünnepnap, hétvégi ügyeleti szolgáltatás. Ez az orvosok egymás közötti ésszerű munkamegosztását is jelenti.²⁵⁶ Az ügyeleti szolgálatban végzett betegellátásra a sürgősség jellemző, és bár előnyt jelentene, ha azt a saját orvos végezné, de ennél fontosabb a beteg érdeke, az akut betegség, probléma megoldása. Az egészségügyi alapellátás – mint bármely más klinikai szakág – tehát 24 órás szolgálatban működik. Az ellátás folyamatosságát mindig biztosítani kell. Az ellátást külön kijelölt pihenőnap nélkül, folyamatos munkarendben kell az ügyeleti beosztásnak megfelelően az orvosoknak végezniük. Egyes helyeken működik az alapellátástól független 24 órás sürgősségi ellátás, többnyire az Országos Mentőszolgálat szervezésében, de általában a rendelési időn kívüli ellátás is a háziorvos feladata. Az alapellátástól független ügyeleti rendszer több szempontból előnyös, szemben a háziorvosokra alapozott ellátással, mert jobban szervezett a hírközlés rendszere, technikailag jól felszerelt a gépkocsiparkja, a sürgősségi ellátásra speciálisan felkészített orvosokkal rendelkezik és megfelelően felkészített szakszemélyzete van. Az ügyeleti szolgálat feladata elsősorban a sürgős, életveszélyes esetek ellátása, de ezenkívül minden az ügyelethez forduló beteg ellátása

²⁵⁴ Margittay E.: A családorvosi gyakorlat és a hospice. Med. Univ. 1994. Budapest, 23. p.

²⁵⁵ Margittay E.: A családorvosoknak a családorvoslásról. Med. Univ. 1991. Budapest, 45. p.

²⁵⁶ Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet – ESKI.: Változik az ügyeleti rendszer is. <http://www.eski.hu/civiltajekoztatasi/cikk.cgi?id=9138>

is, függetlenül panaszaitól vagy az orvoshoz fordulást indokoló októl, halottvizsgálat és az ezzel összefüggő intézkedések, valamint bizonyos hatósági orvosi tevékenység.²⁵⁷

Az életet, az egészséget veszélyeztető megbetegedés, továbbá a beteg állapotromlásának időben történő megelőzésére, illetve ellátására a mentőszolgálatok, valamint - ideértve a fekvőbeteg-ellátáson kívüli és az annak keretében szervezett ügyeleti ellátást is - az egészségügyi közszolgáltatónál sürgősségi betegellátó és betegfelügyeleti rendszer működik.²⁵⁸ A folyamatos ellátás szervezésekor biztosítani kell a lakosság számára a folyamatos hozzáférhetőséget, az ellátás egységes színvonalát az év minden napján, az elérhetőség, az ellátott lakosságszám, a szakmai feltételek és a progresszivitás figyelembevételét, az egészségügyi szolgálaton belüli, illetve az egészségügyi szolgáltatók közötti hatékony együttműködést, és az erőforrással történő optimális gazdálkodást.²⁵⁹

Műszakbeosztás szerinti működés esetén az egészségügyi szolgáltatóval munkavégzésre irányuló jogviszonyban álló személy a napi munkavégzésre előírt idő kezdetétől, annak befejezéséig a feladatkörébe tartozó valamennyi egészségügyi tevékenységet ellátja.²⁶⁰

Készenléti szolgálat esetén a foglalkoztatott a munkavégzés helyszínén kívül munkára készen rendelkezésre áll a napi munkaidőn kívül esetleg felmerülő feladatok ellátására.²⁶¹ A foglalkoztatott a készenlét teljes tartama alatt munkára képes állapotban áll az egészségügyi szolgáltató rendelkezésére és az ügyeletvezető értesítése alapján - az egészségügyi szolgáltatóval előzetesen egyeztetett módon - 40 percen belül köteles munkavégzésre megjeleníteni.²⁶²

Ügyeleti szolgálat esetén a foglalkoztatott az egészségügyi szolgáltató által e célra kijelölt helyen és ideig munkára készen áll az ügyeleti feladatok ellátására.²⁶³ Az egészségügyi szolgáltató ügyeleti-készenléti szabályzatban rögzíti az ügyeleti, illetve készenléti szolgálat rendjét, az egyes osztályokra, részlegekre vonatkozó ügyeleti-készenléti szervezési

²⁵⁷ Egészségügy Magyarországon. Magyarország az ezredfordulón. Stratégiai kutatások a Magyar Tudományos Akadémián. Magyar Tudományos Akadémia, Budapest, 2001. 146. p.

²⁵⁸ 47/2004. (v. 11.) ESzCsM rendelet az egészségügyi ellátás folyamatos működtetésének egyes szervezési kérdéseiről, 1.§. (1) bekezdés

²⁵⁹ 47/2004. (v. 11.) ESzCsM rendelet az egészségügyi ellátás folyamatos működtetésének egyes szervezési kérdéseiről, 1.§ (2) bekezdés

²⁶⁰ 47/2004. (v. 11.) ESzCsM rendelet az egészségügyi ellátás folyamatos működtetésének egyes szervezési kérdéseiről, 8.§

²⁶¹ 47/2004. (v. 11.) ESzCsM rendelet az egészségügyi ellátás folyamatos működtetésének egyes szervezési kérdéseiről, 9.§ (1) bekezdés

²⁶² 47/2004. (v. 11.) ESzCsM rendelet az egészségügyi ellátás folyamatos működtetésének egyes szervezési kérdéseiről, 9.§ (4) bekezdés

²⁶³

feladatokat, az ügyeleti-készenléti szolgálatot ellátók létszámát, szakmai összetételét, ügyviteli feladatait, az átadás-átvétel módját, az ügyeleti naplóra vonatkozó rendelkezéseket.²⁶⁴

A háziiorvosi feladatok rendelési időn kívüli ellátására ügyeleti szolgálatot kell szervezni, illetve azt központi ügyelet útján kell ellátni. Ügyeleti szolgálat a háziorvosoknak a sürgős - a következő rendelési időig nem halasztható - orvosi tevékenységek elvégzése céljából szervezett szolgálata. Az összevont háziiorvosi ügyelet lehet változó telephelyű ügyelet abban az esetben ha az adott napon az ügyeletet ellátó háziorvos rendelője az ügyelet helyszíne, vagy pedig azonos telephelyű ügyelet abban az esetben ha az adott ügyeleti körhöz tartozó háziorvosok ugyanazon a helyszínen látják el az ügyeleti szolgálatot. A központi ügyelet az érintett háziiorvosi körzetek lakosságának folyamatos vagy meghatározott időben történő alapellátási szintű sürgősségi ellátása az adott területet ellátó mentőszolgálattal együttműködve. Az ügyeleti szolgálatot, valamint a központi ügyeletet a területi ellátási kötelezettséggel működő háziorvos az önkormányzattal, illetve intézményével kötött szerződésének megfelelően látja el. A területi ellátási kötelezettség nélkül háziiorvosi tevékenységet végző orvos az ügyelet működtetőjével kötött szerződésben rögzített feltételek szerint működik közre az ügyelet ellátásában.²⁶⁵

Ennek megfelelően az alapellátás ügyeleti rendszerében:

A *készenléti szolgálatban*, a háziorvos a rendelési idején túl a területi ellátási kötelezettséggel hozzá beosztott népesség minden tagját az ügyeleti szolgálat megkezdéséig – általában munkanapokon 16 órán át – minden sürgős ellátást igénylő esetben ellátja, vagy ellátásáról elérhető helyettessel gondoskodik.

Összevont hétvégi ügyeleti szolgálatban egy kijelölt helyen több praxis háziorvosa, személyzet közreműködésével, előzetes beosztás alapján biztosítja pihenő-, illetve munkaszüneti napokon a terület sürgősségi ellátásra szoruló betegeinek ellátását.

Központi ügyeleti szolgálat esetén a központi telephelyen több praxis háziorvosa , sürgősségi ellátáshoz szükséges felszerelés birtokában, az ügyeleti szolgálatra kijelölt időtartam során a sürgős ellátást igénylőket ellátja.

²⁶⁴ 47/2004. (v. 11.) ESzCsM rendelet az egészségügyi ellátás folyamatos működtetésének egyes szervezési kérdéseiről, 10.§ (1) és (2) bekezdése

²⁶⁵ 47/2004. (v. 11.) ESzCsM rendelet az egészségügyi ellátás folyamatos működtetésének egyes szervezési kérdéseiről, 15.§ (1)-(6) bekezdés

A sürgősségi orvosi szolgálat általában az Országos Mentőszolgálat szervezésében, mentőállomással rendelkező település, több háziorvosi praxis területén élő népesség sürgősségi ellátására létesült ügyeleti forma. A legjobban szervezett és a leghatékonyabb ellátást biztosító ügyeleti megoldás. Gazdaságossága csak meghatározott lélekszámú terület ellátása esetén képzelhető el, erre a mentőszolgálatnak kialakult működtetési formája és finanszírozási rendje van. A működtetésben a sürgősségi ellátásban járatos, szakképzett orvosok is részt vehetnek.²⁶⁶

Az ügyeleti ellátás biztosítására alapvetően kétféle lehetőség áll rendelkezésre. Maguk az orvosok oldják meg az ellátást valamilyen szervezeti formában, vagy az önkormányzat a teljes feladat tömegre szerződést köt egy magánszolgáltatóval. Kisebb településeken az előbbi, nagyobbak esetében az utóbbi jellemző. Szolgáltatóként a piacon erre szakosodott gazdasági társaságok jelentek meg.²⁶⁷ De jelen van az Országos Mentőszolgálat is, amely ebben az esetben nem központi állami feladatot lát el, hanem megvásárolható szolgáltatást végez.

3.3.5. A háziorvosi tevékenység jellemzői

A minimális helyi különbségeket leszámítva országosan egységesnek mondható, hogy általánosan napi 4, esetleg 5 órás rendelési idő, ami az orvos részéről az ambuláns betegellátás racionális szervezését feltételezi, a betegek számára annak ismert időpontban való igénybevételét teszi lehetővé. A rendelés aktuális rendje területről területre a helyi igények szerint változik. Lehet osztott vagy folyamatos, amikor délelőtt-délután, vagy a hét egyes napjain váltakozva délelőtt-délután van a rendelési idő. Az irányított betegellátás, az előjegyzés szerinti befogadás a háziorvosi praxisokban, körzetekben kialakult betegellátási szervezési rendben történik. Ez úgy történik, hogy a rendelés napján, vagy azt megelőzően egy-két nappal kér időt a beteg. Lehetőség van azonban a soronkívüliségre is, ami elsősorban a beteg panasza alapján dönthető el. Ez lehet ténylegesen életet veszélyeztető állapot, vagy a betegség jellege teheti szükségessé az azonnali betegellátást. A betegek fogadásának rendjét, a rendelések idejét, a rendelés belső struktúráját valamennyi beteggel meg kell ismertetni, és ahhoz a helyi önkormányzatnak és az egészségügyi hatóságnak (ÁNTSZ) is hozzá kell járulnia.²⁶⁸

²⁶⁶ Egészségügy Magyarországon. Magyarország az ezredfordulón. Stratégiai kutatások a Magyar Tudományos Akadémián. Magyar Tudományos Akadémia, Budapest, 2001. 107. p.

²⁶⁷ De jelen van az Országos Mentőszolgálat is, amely ebben az esetben nem központi állami feladatot lát el, hanem megvásárolható szolgáltatást végez.

²⁶⁸ Oláh A.: Gondolatok az orvos és beteg kapcsolatáról. Med. Univ. 1979. 12. 256. p.

Az ellátandó betegek köre a praxishoz tartozókból áll. A területi ellátási kötelezettség a település egészére vagy jól körülhatárolt részére vonatkozik. A betegnek joga van más szolgálatot választani, az orvosnak vállalt kötelessége, hogy a kijelölt területről valamennyi hozzá fordulót ellássa. Gondot csak a körzetek területi kötöttsége jelent a közfinanszírozott népesség szabad orvosválasztásával szemben. Ez a választási szabadság nem terjed ki a központi állami költségvetésből finanszírozott hatósági ellátásokra.²⁶⁹ Következésképpen ezeket az ügyviteli szempontból és természetben is csak a lakóterület szerint illetékes körzetben lehetne igénybe venni. A háziorvosi szolgálat alapellátási rendszeréből következik, hogy a sürgősségi eseteket területi illetékességüktől függetlenül fogadnia kell.²⁷⁰ A háziorvosi munka alapelvei szerint az orvos kötelessége, hogy mindenkit ellásson kortól, nemtől, felekezeti hovatartozástól és lakhelytől függetlenül akut vagy sürgős esetben egyaránt.

A területi elven alapuló ellátás kötelezettsége minden, a praxis területén megbetegedőre (vendég, külföldi, ideiglenes lakos) vonatkozik.²⁷¹

A háziorvosi praxis szempontjából lényeges, hogy a hatékony és gazdaságos működésnek úgy kell megvalósulnia, hogy az elvárásoknak megfelelően az ellátás legyen elsődleges, személyes, folyamatos, átfogó, integráló, elérhető, közösségi szemléletű, családoorientált, koordinatív, preventív és minőségi. A megelőzés is a háziorvosok feladata. Ennek előnye, hogy ismeri a beteget, tudja mi veszélyeztetheti, ismeri a környezetet, a családot, jelen van a település életében, folyamatosan követheti az egészség változásait, inkább képes megelőzni a betegségeket, mint a specializált ellátásban dolgozó szakorvosok.²⁷² Az egészségügyi alapellátásnak szakmapolitikai szempontból is egy kapuőrző szerepet kell betöltenie. Hogy mindezen feltételeknek képes legyen megfelelni, a praxis-szervezés szempontjából több fontos szempontot kell mérlegelnie. Az első szempont a praxispopuláció optimális létszáma. Az

²⁶⁹ például.: életkorhoz kötött kötelező védőoltások esetére.

²⁷⁰ A sürgősségi orvosi meghatározás elvben megvalósítható, a gyakorlatban azonban a számtalan határeset miatt lehetetlen és nem is célszerű.

²⁷¹ Magyarországon az 1990-es években megindult a kezdeményezés és folyamat a körzeti orvosi rendszert szervezetenként is felváltó háziorvosi praxis rendszerének kialakítása irányába. A praxisokká átöröklődött körzetek a rendszer indulásakor egymástól meglehetősen eltértek. Ezen probléma megoldására vezették be a területi ellátási kötelezettséggel rendelkező, illetve nem rendelkező praxis fogalmát és gyakorlatát. Utóbbi esetében a kötelezettségek szerényebbek. Azon túl, hogy az előbbi csoportba tartozók az önkormányzatok felügyelete alá kerültek, és a kijelölt területükről nem utasíthaták el a bejelentkező beteget, a két kategória más, lényegesen eltérő tartalmat is hordozott mindenekelőtt a finanszírozás területén. A praxisok eltérő méreteinek kiegyenlítése mindvégig fontos egészségpolitikai szándék volt, és nyilvánvalóan ellátási érdekből a kisebb beteglétszámú praxisok kialakítására törekedtek. Ezt a célt szolgálja a finanszírozási degresszió, az önkormányzatoknak adott kedvezmények is.

²⁷² Losonczy Ágnes: Utak és korlátok az egészségügyben. Magyarország az ezredfordulón. Stratégiai kutatások a Magyar Tudományos Akadémián. V. Az életminőség tényezői Magyarországon. Szerkesztő: Glatz Ferenc. Budapest, 1998. 116. p.

optimális praxisnagyságot azonban sok tényező befolyásolja. Ezek közül a demográfiai és földrajzi, azaz településszerkezeti viszonylag standard tényezők, a morbiditási struktúra sem változik túl gyorsan. Az ország ellátási struktúrájának kialakításánál nem hagyhatók figyelmen kívül a humán erőforrások ésszerű kihasználásának helyi szempontjai és lehetőségei.

Háziorvosi praxis a háziorvosi tevékenység színtere, az a földrajzi, szervezeti és működési egység, amelyben az ahhoz tartozó betegnek egészségi állapotáért egy háziorvosi csoport felelős. A háziorvosi praxist földrajzilag körülíró határokat jelenleg az önkormányzat jelöli ki, a háziorvosi csoport – területi ellátási kötelezettség esetén – az ott lakó állampolgárok meghatározott korcsoportjai részére köteles folyamatos és személyes egészségügyi ellátást nyújtani. A háziorvosi praxishoz tartozó betegek szerződéses kapcsolatban állnak a háziorvos által vezetett csoporttal, amelyet a betegbiztosítási kártyájuk leadásával (regisztrálás) legitimizálnak. Ha a településen egyetlen körzet létesült, annak határa egybeesik a közigazgatási határokkal. Amennyiben a településnek alacsony a lélekszáma,²⁷³ kötelezettségének úgy is eleget tehet, hogy a szolgáltatást több kisebb községgel, vagy egy nagyobb településsel társulva látja el. Több körzet esetén a településen belüli határokat a képviselő testület állapítja meg, a határoló közterületek (utak, utcák, terek, stb) megjelölésével. A háziorvosi praxis keretében zajló tevékenység színtere megfelelően kialakított és felszerelt háziorvosi rendelő és a betegek lakása. Az ellátást szolgáló infrastruktúra szintén a praxis része, ugyanakkor annak sok esetben nem a háziorvos a tulajdonosa, hanem a települési önkormányzat, amely használatba adja a háziorvosnak, mivel így a törvényben előírt egészségügyi alapellátás biztosítása alapkötelezettségének eleget tesz. Az önkormányzat által meghatározott működési feltételek mellett a praxist vezető megfelelő szakképesítéssel rendelkező orvos számára a területileg illetékes ÁNTSZ működési engedélyt ad, amely alapján az illetékes Megyei Egészségügyi Pénztár a háziorvosi szolgáltatást finanszírozza. A tárgyi feltételek közül a rendelő fizikai felépítése jelentősen meghatározza az abban folyó tevékenység kereteit. A korábbi évtizedek szervezési és építési gyakorlatának megfelelően, a háziorvosi ellátásban több praxis²⁷⁴ részére központosított rendelőket építettek. A csoportos praxisok²⁷⁵ jellemzően ezeket vették át működtetésre. Több tízezres lélekszámú településen a rendelők épületeinek és műszerállományának karbantartása, felújítása, új

²⁷³ például. 500 fő körüli

²⁷⁴ általában 2-4.

²⁷⁵ Többségében betéti társaságok.

berendezések beszerzése és üzembe állítása, a fogyóeszköz ellátás, a higiénés feltételek biztosítása, a vizsgálati anyagok szállítása, és a munkaszervezés olyan gazdasági-műszaki és ügyviteli munkatömeget jelent, amely külön szervezet igényel. Ezt az önkormányzatok tipikusan költségvetési intézményként tartják fenn. A duális finanszírozás²⁷⁶ következtében az OEP-től átutalt költségtérítés a teljes tárgyi eszközállomány értékcsökkenésének (amortizáció) visszapótlását nem tartalmazza, ezért az orvos mentesül a bérleti díj fizetésének kötelezettsége alól. Azt is jelenti, hogy az infrastruktúra felújítása és a fejlesztések az önkormányzatok költségvetését terhelik. A házi orvos nem kötelezhető arra, hogy a szolgáltatást az önkormányzat tulajdonában álló épületben és annak az eszközeivel nyújtsa.²⁷⁷ A feladat-átvállalási szerződés hatályának megszűntével az önkormányzat újabb szolgáltatóval szerződve – amennyiben annak nincs saját rendelője – csak úgy képes eleget tenni a kötelezettségének, ha újra megnyitja a használaton kívüli rendelőjét.²⁷⁸

Az ideális házi orvos az őt választó páciens panaszait, környezetét, családját megismerve törekszik a primer definitív ellátásra, a továbbküldött betegeket pedig továbbra is követi és menedzseli.²⁷⁹ Optimális esetben tehát egy rendelőben legalább négy házi orvos dolgozik, ezáltal könnyen megoldható a helyettesítés szabadság vagy továbbképzés esetében. Azonban nem ismerik el egynél több házi orvos működését egy adott lakossági csoport ellátásában, hiszen a nagy létszámú praxis ellátásának finanszírozásában csupán egy fékező tényezőt alkalmaz jelenleg az Országos Egészségbiztosítási Pénztár, míg a praxis megosztását, vagy a praxisban egy további szakmailag megfelelő orvos alkalmazását, praxisközösség létrehozását csak az utóbbi években nevesítették és szabályozták. A házi orvosok ilyen irányú érdekeltségéről mégsem beszélhetünk, hiszen az előképzettségből adódó szakmai szorzón keresztül a rossz szabályozás miatt ez a progresszív lehetőség azonnal el is veszíti a degresszió kiváltásából eredő anyagi előnyeit, így csupán a szakmai, túlterheltségi szempontok alapján vállalkozhat egy házi orvos az ilyen jellegű újításra. Erre is csak akkor, ha az illetékes önkormányzat egyetért ezzel és támogatja. Ugyancsak az önkormányzaton múlik, hogy engedélyezi-e egy praxis társas vállalkozási formában való működtetését, vagy csak a

²⁷⁶ A települési önkormányzat és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár általi finanszírozást jelenti.

²⁷⁷ Külön gondot jelenthet ilyenkor a használat nélkül maradt közösségi infrastruktúra állagmegőrzése.

²⁷⁸ Meg kell jegyezni, hogy a funkcionális, vagy működtetési privatizáció csaknem száz százalékos szintet ért el az orvosi alapellátásban.

²⁷⁹ Az ideális házi orvosi rendelőben alapvető követelmény a háromsávú rendszer: a pácienseket, akiknek nagy része előjegyzés alapján érkezik, a recepció asszisztens fogadja, majd ahhoz a szakasszisztenshez kerül, aki az orvosi ellátást előkészítő tevékenységeket elvégzi (panaszok kikérdezése, adminisztratív teendők, vérnyomásmérés, szedett gyógyszerek felírása), ezáltal az orvoshoz bekerülő beteg ellátása sokkal hatékonyabb lesz.

legegyszerűbb egyéni vállalkozó formában szerződik egy háziiorvosi praxis működtetésének átadására.

A járóbeteg alapellátást a háziiorvosi tevékenységben kiegészíti a beteg otthonában elvégzett fekvőbeteg ellátás. Ha az orvos betegét – krónikus betegség miatt vagy egyéb okból – felkeresi otthonában, az ambuláns ellátástól eltérő szituációban. Itt van lehetőség igazi értelemben vett háziiorvosi ellátásról, mivel igazán hatékony komplex megelőző-gyógyító tevékenység folyik.²⁸⁰

A háziorvos a praxisába tartozó betegek ellátását szaksegítség céljából kórházba utalhatja. Akkor kerülhet erre sor, ha ismert betegség vagy betegségek miatt állapotrosszabbodás következett be, vagy újabb diagnosztikai, differenciáldiagnosztikai probléma merült fel. Lehetőség van továbbá erre akkor is, ha kezelésmódosításra, változtatásra van szükség, ha váratlanul jelentkező, nem azonosítható betegség lép fel, súlyos, életet veszélyeztető állapot áll fenn, szomatikus betegség progrediálása esetén, ön- vagy közveszély esetében mindenképpen kötelezően, családi, szociális indok alapján, ha a beteg megfelelő felügyelete, ápolása otthonában nem biztosítható, a beteg vagy a hozzátartozó kérése nyomán, vagy az önkormányzat, illetve egyéb szervezet kérésére. Ha megszületett a döntés és a beteg hozzájárulása a kórházi kezelés szükségességéről, gondoskodni kell a beteg kórházba jutásáról. Vannak szakterületek, ahová még sürgősséggel is csak előzetes helybiztosítás alapján küldhető be a beteg. A háziorvos munkájának megítélése, minősítése függ attól, hogy milyen pontosan és részletesen tudja leírni a beutalás körülményit, okát és indokát, és azt, hogy miben várja és kéri az intézet segítségét. Ha nem sürgős a beteg elhelyezése, közvetlenül vagy közvetve, szakgondozón, szakrendelésen keresztül kell számára időpontot és intézeti helyet biztosítani. Akár sürgős, akár nem sürgős az elhelyezés – amennyiben lehetséges – megfelelő kísérel irattal, beutalóval kell a beteget ellátni.

3.3.6. A beteg-utak koordinációja

A betegút fogalmát – a progresszivitás általános rendező elvének rögzítésén túl²⁸¹ - a hatályos jogszabályaink egyike sem határozza meg, így annak meghatározásával kapcsolatosan csak annyi következtetés vonható le, hogy betegút alatt a meghatározott betegséggel vagy más egészségügyi ellátást szükségessé tevő állapottal összefüggésben

²⁸⁰ A beteglátogatás ismétlése az akut ellátást követően esetenként további egy-két alkalommal a betegség természetéből eredően, a beteg állapotától függően szükséges lehet. Az akut betegség otthoni kezelése és az esetleg szükséges ismételt ellenőrzések lehetnek elindítói a folyamatos házi betegellenőrzésnek.

²⁸¹ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 75. § (3) bekezdése, illetve a 76. § (1) bekezdése.

történő egészségügyi ellátási események sorát kell érteni. A beteg-utak koordinálásának eszköze a beutalási rendszer.²⁸²

Írásban pontos tájékoztatást kell adni a háziorvosnak a kórházi osztály számára a beutalás okáról, körülményeiről. Ehhez a beutalót, az orvosi levél egyik változatát kell elkészíteni. Eszerint amennyiben a alapellátás orvosa szerint a beteg vizsgálata, illetőleg gyógykezelése érdekében az egészségügyi alapellátás szolgáltatásait meghaladó vizsgálat vagy kezelés szükséges, szakorvosi konzíliumot kérhet.²⁸³ Az alapellátás orvosa indokolt esetben a járóbeteg-szakellátást végző egészségügyi intézmény vezetőjén keresztül - amennyiben a beteg ehhez hozzájárul - a beteg lakásán (szállásán) tartandó konzíliumot is kérhet. Az alapellátás orvosa szükség esetén a beteget járóbeteg-szakellátásra vagy fekvőbeteg-gyógyintézetbe utalja. A beteget a lakóhelye vagy tartózkodási helye szerint területileg illetékes járóbeteg-szakellátásra, illetőleg fekvőbeteg-gyógyintézetbe (a továbbiakban együtt: szakellátás) indokolt beutalni. Amennyiben a beteg vizsgálatára, illetőleg gyógykezelésére a szakellátás keretében nem biztosítottak a megfelelő feltételek, a beteget a tartózkodási helyéhez legközelebb eső, illetve legkönnyebben megközelíthető és a megfelelő feltételekkel rendelkező szakellátásra célszerű beutalni. A beteg a beutaló orvostól indokolt esetben kérheti más, szakellátására területileg nem illetékes egészségügyi intézménybe történő beutalását. Indokolt esetnek minősül különösen, ha a beteg olyan szakellátást végző intézménybe kéri beutalását, ahol előzőleg már gyógykezelésben részesült. A beutaló orvos előzetesen tájékozódik a szakellátását nyújtó intézmény fogadóképességéről. Előzetes helybiztosítás nélkül - a sürgős szükség esetét kivéve -, a beutalt beteg vizsgálata, illetőleg gyógykezelése visszautasítható, ha az veszélyeztetné a szakellátást végző egészségügyi intézmény területi feladatainak ellátását, illetve a progresszív betegellátással kapcsolatos kötelezettségeit. A beutaló - ideértve a kórházi átirányítás esetén a zárójelentést is - egyértelműen tartalmazza a vizsgálatra vagy gyógykezelésre felkért intézmény pontos megjelölését, a beteg állapotának, eddigi kezelési eredményeinek rövid leírását és a feltételezett kórismét. A konzíliumi beutaló konkrét kérdésfelvetéssel zárul. A beutalóra adott szakvélemény tartalmazza a beutaló orvos kérdéseire adott válaszokat, a betegség okozta elváltozásokat, az esetleges további teendők

²⁸² Az egészségbiztosítás keretében igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások közül beutalóval vehető igénybe:

- a járóbeteg-szakellátások többsége, amelyek alóli kivételek tételesen fel vannak sorolva, így beutaló nélkül vehető igénybe a szakorvosi rendelő által nyújtott bőrgyógyászati, fül-, orr-, gégészeti, nőgyógyászati, általános sebészeti és baleseti sebészeti, szemészeti, onkológiai, urológiai, pszichiátriai szakellátás, valamint az ideggondozó, a bőr- és nemibeteg-gondozó, a tüdőgondozó, az onkológiai gondozó és az addiktológiai gondozó keretében nyújtott orvosi ellátás;
- a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátások teljes köre, kivéve, ha a beteg egészségi állapota az azonnali ellátást indokolja.

²⁸³ A részletes szabályokat erre vonatkozóan a 27/1992. (IX. 26.) NM rendelet a betegek beutalásának szakmai rendjéről tartalmazza.

szükségességét, ismételt szakkonzíliumot vagy szakkonzíliumokra tett javaslatot. A keresőképeség véleményezéséről csak a beutaló orvos ez irányú kérdésére lehet nyilatkozni.²⁸⁴

A beutaló orvos a biztosított kérésére az adott szakellátás tekintetében a biztosított ellátására területileg nem kötelezett egészségügyi szolgáltatóhoz utalja be a biztosítottat, ha a szolgáltató a beutaló orvos, vagy a biztosított felé írásban nyilatkozott arról, hogy fogadja a biztosítottat. A biztosított területi ellátására nem kötelezett szolgáltató az ellátást csak akkor tagadhatja meg, ha a területi ellátási kötelezettségű feladatainak folyamatos ellátását a területen kívüli betegek fogadása veszélyezteti, és az ellátásra az egészségbiztosító által lekötött szabad kapacitással nem rendelkezik.²⁸⁵ A beutalás szerinti egészségügyi szolgáltató a biztosítottat abban az esetben utalhatja tovább magasabb progresszivitási szintű ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatóhoz, ha a biztosított ellátásához szükséges feltételekkel nem rendelkezik. Amennyiben a járóbeteg-szakellátás orvosa a beteg fekvőbeteg-gyógyintézeti elhelyezését tartja szükségesnek, a beteget fekvőbeteg-gyógyintézetbe utalja. Ha a beutaló szerinti fekvőbeteg-gyógyintézet orvosa a gyógyintézet szolgáltatásait meghaladó vizsgálat szükségességét állapítja meg, a beteget átutalja a vizsgálatok, illetőleg a gyógykezelés elvégzéséhez megfelelő személyi és tárgyi feltételekkel rendelkező szakellátást végző intézetbe.²⁸⁶ Az az egészségügyi szolgáltató, amelynél a biztosított az ellátását kezdeményezi, a biztosított vizsgálatát követően dönt az azonnali ellátás szükségességéről. Amennyiben a vizsgálat megállapítása szerint a biztosított egészségi állapota nem indokolja az azonnali ellátását, az egészségügyi szolgáltató orvosa

1) A biztosítottat a beutalására jogosult orvoshoz irányítja,

2) Ha a biztosított továbbra is kezdeményezi az azonnali ellátását, tájékoztatja a biztosítottat az orvosi beutaló nélkül indokolatlanul igénybe vett egészségügyi ellátásért fizetendő térítési díjról.²⁸⁷

Amennyiben a beteg egészségi állapota által indokolt ellátást az egészségügyi szolgáltató nem tudja biztosítani, úgy a beteget az esetleges sürgősségi ellátás után továbbküldi olyan

²⁸⁴ Virók Melinda: A kórházi beutalás rendje jogász szemmel. HáziPatika.com. http://www.hazipatika.com/articles/A_korhazi_beutalas_rendje_jogasz_szemmel?aid=20070504145520;p=0

²⁸⁵ Terápia 2008. Egészségügyi reform. <http://www.terapia2007.hu/index.php?id=123>

²⁸⁶ A biztosított orvosi beutaló nélkül is jogosult a járóbeteg-szakellátás és a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás kezdeményezésére, ha azt vélelmezi, hogy egészségi állapota az azonnali ellátását indokolja, és a beutalásra jogosult orvos felkeresése az ellátását jelentősen késlelteti.

²⁸⁷ Jakab Tibor. Betegjogok 5. „Ingyenesség” és beutalás. http://www.szoszolo.hu/08bjogok_mnek/211005.bj06.htm

szolgáltatóhoz, amely a befejezett ellátáshoz szükséges feltételekkel rendelkezik. A beteg ellátását követően értesíteni kell a beutaló orvost, ennek hiányában a beteg háziorvosát. Amennyiben a beutaló orvos nem a beteg háziorvosa és egészségi állapota miatt a beteg tartós gondozásra szorul, háziorvosát is értesíteni kell.²⁸⁸

Lehetőség van arra, hogy térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások részleges térítési díj ellenében az egészségügyi szolgáltatást más finanszírozott egészségügyi szolgáltatónál vegye igénybe, mint amelynél azt a beutaló orvos kezdeményezte.²⁸⁹ Amennyiben a finanszírozott egészségügyi szolgáltató nem a jogszabálynak megfelelően nyújt ellátást,²⁹⁰ akkor köteles az egészségügyi szolgáltató az elszámolt ellátás finanszírozási összegét megtéríteni. A beteg-utak koordinációjakor fontos a szabad orvosválasztás jogának a beutalási rendszerrel való összeegyeztethetőségének a vizsgálata.²⁹¹ A betegnek ugyanis joga van az állapota által indokolt szintű egészségügyi szolgáltató és – ha a jogszabály kivételt nem tesz – a választott orvos egyetértésével az ellátást végző orvos megválasztásához, amennyiben azt az egészségi állapota által indokolt ellátás szakmai tartalma, az ellátás sürgőssége, vagy az ellátás igénybevételének alapjául szolgáló jogviszony nem zárja ki.²⁹² Ez a jog azonban nem tekinthető feltétlen érvényesülést követelő, korlátozhatatlan alanyi jognak²⁹³, tehát lehetőség van arra, hogy az ellátás alapjául szolgáló jogviszonyra tekintettel²⁹⁴ kivételeket határozzanak meg a szabad orvosválasztás joga tekintetében. Az alkalmazott korlátozás tehát nem alkotmányellenes. Ilyen kivétel a korábbiakban bemutatott beutalási rendszer, így a szabad orvosválasztás joga csak az alapellátások és a beutaló nélkül igénybe vehető járóbeteg-szakellátások tekintetében érvényesül teljes mértékben, míg a beutaló alapján igénybe vehető járóbeteg-szakellátások és a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásoknál a szabad orvosválasztás joga a beutaló szerinti

²⁸⁸ A beteg szakorvosi vizsgálatára, illetőleg fekvőbeteg-gyógyintézetbe történő beutalásával egyidejűleg a beutaló orvos a mentőszállításról intézkedhet, ha a beteg csak fekvő helyzetben szállítható, vagy a beteg járásképtelen, vagy egészségi állapota nem teszi lehetővé a tömegközlekedési eszközök biztonságos igénybevételét, vagy a beteg szállítás közbeni szakfelügyelete szükséges, illetőleg fertőzésveszély vagy kóros magatartás közforgalmú járművek igénybevételét nem teszi lehetővé és a beteg szakellátásra történő szállítása másként nem megoldható. A háziorvos betegéért vállalt folyamatos felelőssége nem szűnik meg annak intézetben való tartózkodása idején sem meg. Az orvos kapcsolata a kórházzal, annak bizonyos osztályaival kiépült, más osztályokkal eseti.

²⁸⁹ 284/1997. (XII.23.) Kormány rendelet az egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról.

²⁹⁰ tehát a beutalóval nem rendelkező, vagy hozzá nem beutalt beteget ellát anélkül, hogy a térítési díjat beszedné

²⁹¹ A területi ellátási kötelezettségek meghatározása eddig nem érintette a beutalás szabályait, melyeket eddig a beteg beutalásának szakmai rendjéről szóló 27/1992. (IX. 26.) NM rendelet és a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet határozta meg. Mivel a kapacitásokhoz meghatározott ellátási területeket rendelt a határozat, szükséges volt a beutalás szabályait kormányrendeleti szinten rögzíteni párhuzamosan a hatályos beutalási szabályok módosításával.

²⁹² 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 8. §.

²⁹³ 684/B/1997. AB Határozat

²⁹⁴ ilyen lehet például a biztosítási jogviszony.

egészségügyi szolgáltatón belüli orvosválasztás jogaként értelmezhető, a kizárólag egészségbiztosítási jogviszony keretében az Egészségbiztosítási Alap terhére igénybevett egészségügyi szolgáltatások tekintetében.

3.3.7. A háziorvosi és a kórházi szakorvosi szerep különbségei

A háziorvosi és a kórházi gyakorlat tartalmi és szervezeti sajátosságaiban mutakozó, alapvető különbségekhez hasonlóan a háziorvos és a kórházi szakorvos szerepköre és szemlélete is nagymértékben elüt egymástól. A háziorvos személyre szóló, alapszintű, preventív és folyamatos ellátást nyújt egyéneknek, családoknak és a praxisához tartozó terület lakosságának. Ez az ellátás átfogónak is tekinthető, hiszen a betegek nemüktől, életkoruktól, valós, vagy vélt betegségeik jellegétől függően részesülnek benne. Ezzel szemben a kórházi szakorvos kizárólag a szakterületéhez tartozó egészségügyi problémákkal foglalkozik, és az általa ellátott betegségek körét tovább korlátozhatja²⁹⁵ pl. a betegek életkora, illetve bizonyos esetekben neme.²⁹⁶ Bár a betegségek szűkebb skálájával foglalkozik, a szakorvosok alaposabb ismeretekre és kifinomultabb készségekre tesznek szert szakterületükön, mint a háziorvosok.²⁹⁷

Főbb eltérések:

A háziorvos alacsony létszámú (2000), változatlan népességet gondoz. A páciensek adott orvoshoz tartoznak. A páciensek közvetlenül felkereshetik orvosukat. A rendelő a páciens lakásának közelében található és a pacientúra nagy változatosságot mutat (pl. életkor, társadalmi helyzet, földrajzi hovatartozás). Ezzel szemben a kórházak nagy létszámú (500.000+), változó népességet gondoznak. A páciensek nem az adott orvoshoz tartoznak. A beutalót rendszerint a háziorvos adja. Sokszor a páciensek otthonától távol vannak és a kórházak jóval kisebb változatosságot mutatnak.²⁹⁸

A háziorvosi felelősség a páciens teljes egészségének a gondozására kiterjed. Felelőssége minden előkerülő gonddal kapcsolatban, életkortól, nemtől és betegségtől független. Nem körülhatárolható gondokkal/betegségekkel találja magát szembe. Gyakori betegségekkel és szociális gondokkal foglalkozik. Ritkán és nagyon válogatottan használ magas technológiát. Folyamatosan fennálló felelőssége van a páciensekkel szemben. Alapvetően a megelőző gondozásra összpontosul. Ezzel szemben a kórházi ellátás esetében a felelősség a

²⁹⁵ például: gyermekgyógyászat vagy a geriátria esetében.

²⁹⁶ Például: a nőgyógyászatban

²⁹⁷ Fraser C. Robin: Az alapellátás módszertana. A háziorvoslás szempontjai. Melania Kiadó Kft. Budapest, 1998. 18. p.

²⁹⁸ Egészségügy Magyarországon. Magyarország az ezredfordulón. Stratégiai kutatások a Magyar Tudományos Akadémián. Magyar Tudományos Akadémia, Budapest, 2001.

szakterülettel kapcsolatos orvosi ellátásokra terjed ki. Csak a szakterületi gondokkal kapcsolatos a felelőssége: életkori, vagy nembeli korlátozottság. Körülhatároltabb betegségekkel találja magát szembe. Főleg ritka betegségekkel vagy gyakori betegségek nem típusos változataival foglalkozik. Gyakran és kevésbé válogatottan alkalmaz magas technológiát. Eseti felelőssége van a páciensekkel szemben és kevesebb lehetősége van a megelőző gondozásra.²⁹⁹

A háziorvosi tevékenységet az egész személyre irányultság jellemzi. Gyakran az időt diagnosztikus eszközként használja. Az orvos-beteg kapcsolat fontossága és annak elfogadott és megbecsült használata. Ha nincs lehetőség a gyógyításra, a folyamatos gondozás és támogatás igényének elfogadása. A páciens szempontjának és önállóságának elfogadása. Ezzel szemben a kórházi ellátást a kórformára irányultság, rendszerint testi vagy lelki természetű problémák kezelése jellemzi. Az időt kevésbé használja diagnosztikus eszközként. Az orvos-beteg viszony kevésbé hangsúlyozottan jelenik meg. Ha nincs gyógyítási lehetőség, a beteget gyakran elbocsátják. A beteg szempontjainak és önállóságának háttérbe szorulása jellemzi.³⁰⁰

²⁹⁹ Gyúró B. Gondolatok a körzeti orvos jelenéről és jövőjéről. Med. Univ. 1991. évi 24. szám. 254. p.

³⁰⁰ Fraser C. Robin: Az alapellátás módszertana. A háziorvoslás szempontjai. Melania Kiadó Kft. Budapest, 1998. 19. p.

3.4. A szakellátások rendszere

3.4.1. Bevezető

A kétpólusú egészségügyi ellátórendszer ma még nem egyértelműen kialakult Magyarországon. Fennmaradtak ugyanis a nagy, önállóan működő, szakellátást biztosító rendelőintézetek, részben önállóan működő gazdálkodó egységként, másrészt a kórházak integrált egységeiként. Ebben a fejezetben bemutatásra kerül az egészségügyi szakellátások rendszere, megkülönböztetve a járóbeteg ellátást és a fekvőbeteg ellátást. Ebben a fejezetben kitérek az intenzív betegellátás rendszerének jogi szabályozására, valamint megfogalmazom javaslattételi szándékkal a nappali ellátás koncepciójának általam fontosnak tekintett alapelveit. A szakellátások területén az önkormányzatok jelentősen különböznek egymástól, attól függően, hogy az adott településen fekvőbeteg-ellátás is működik, vagy csak járóbeteg szakrendelő intézet. Mivel korábban a kórházak és rendelőintézetek egy szervezeti egységbe tartoztak, a kórházhoz szervezetileg nem tartozó járóbeteg szakorvosi ellátóhelyeket önálló (szak)rendelőintézeteknek nevezik. Az önálló szakrendelők fenntartása kisebb városokra, vagy a nagyvárosok agglomerációs térségében elhelyezkedő, akár több tízezres lélekszámú önkormányzatokra jellemző. Természetesen ezek a települések párhuzamosan az alapellátást is fenntartják. A szakrendelők nagyszámban közintézményként működnek, közalkalmazott orvosokkal és szakdolgozói személyzettel, továbbá olyan alkalmazottakkal, akik nem a szakmai feladatokat végzik (portaszolgálat, takarítás, stb.). Szervezetileg az a legegyszerűbb megoldás, ha a rendelőintézet gazdasági-műszaki háttérüzeme az alapellátási közfeladatokat is teljesíti.³⁰¹

³⁰¹ A járóbeteg szakrendelők fenntartása nem kötelező feladat, a főváros és a megyei önkormányzatok kivételével. Ennek megfelelően az Ötv. hatályba lépésekor azok a települések, amelyek korábban szakrendelő intézetet tartottak fenn, ezt önként vállalt feladatként folytatták, és ennek a vállalásnak az alapján kötöttek szerződést az OEP területi szervével. Megtörtént azonban, hogy a helyi önkormányzatok később jelentkeztek a feladat átvállalására, illetve ilyen kezdeményezések a jövőben is bármikor előfordulhatnak. Különösen jellemző ez a fővárosban, ahol az egyes kerületek kezdeményezhetik a járóbeteg-ellátás átvételét. Átvétel esetén a főváros a vagyont is köteles átadni a feladattal együtt.

3.4.2. A járóbeteg-ellátás

A szakellátás folyó költségeinek fedezetére fordítható közösségi források elosztását normatív keret (szakmasoros, szakorvosi óraszám) szabályozza. Amennyiben az önkormányzat a kötelező szakellátást magánszolgáltatótól kívánja megvásárolni, az utóbbi csak akkor részesülhet OEP-finanszírozásban, ha előzetesen szerződést köt a feladat átvállalásáról.³⁰² Ez egy-egy szakmában meghatározott óraszámok átadását jelenti.

Ellentétben az alapellátással, a járóbeteg-ellátásban nem történt tömeges működtetési magánosítás olyan formában, hogy a szakrendelő orvosai a tevékenységüket folytatva a közalkalmazotti munkaviszonyt valamilyen magángazdasági kapcsolatra cserélték volna. Ennek megfelelően többnyire külső szolgáltatók jelentkeznek a feladat átvállalására. Különösen nem jellemző a magánosítás a gondozóintézetek esetében. Hasonlóan az alapellátáshoz, a szakrendelők esetében is gondot jelent, ha a magánszolgáltató a tevékenységet saját infrastruktúrájában kívánja végezni. Ez a probléma jelenleg még nem lépett fel olyan mértékben, mint az alapellátásban, viszont elviekben teljesen azonos a helyzet megoldatlansága.³⁰³

Az alapellátáshoz hasonló magánosítást a szakellátások területein, így a fekvőbeteg-ellátásban, és a nagy értékű berendezéseket üzemeltető járóbeteg-ellátásban nem lehet megvalósítani.³⁰⁴ Közvetlenül azért nem, mert egyfelől a teljes vállalkozási szabadság megadása esetén nagy lenne annak a veszélye, hogy a pénzügyi befektetők kiszorítják az orvosi egyszisztenciavállalkozásokat. Másfelől azért nem, mert nincs megfelelő jogi megoldás a működtetési jognak a szakellátás egészére történő kiterjesztésére, mivel a fekvőbeteg-ellátásban, és a járóbeteg-ellátás egyes területein értelmezhetetlen annak a praxisnak a fogalma, amelyre nézve működtetési jogot lehetne megállapítani. A szakellátás egészét tekintve ugyanis inkább a magas eszközigeny a meghatározó, és többnyire állandó patientúráról sem lehet beszélni.³⁰⁵

³⁰² Varga Imre: Kényszerek és lehetőségek a járóbeteg szakellátásban. IME V. évfolyam 9. szám, 2006. november

³⁰³ Balázs Péter – Feith Helga Judit: Igazgatás az egészségügyben. Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest, 2006. 260-261. p.

³⁰⁴ Pulay Gyula: Közös ügyünk az egészségügy magánosítása. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 2002. 30. p.

³⁰⁵ Az egészségügyben – azokban az országokban ahol tipikusan nem a szolgáltatás igénybevevője, hanem az ún. „harmadik fél”, azaz az egészségbiztosító, illetve az állam fizet – nem lehet olyan szigorú és átfogó szabályozást kialakítani, amelyben a szolgáltatók erős nyereségérdekeltsége esetén az egészségügyi ellátást – az egészségpolitika ésszerű és szükségszerű prioritásai helyett – ne a kínálati oldal határozná meg. A nyereségszerzési céllal létrehozott kapacitásokhoz ugyanis a tőke – piaci eszközökkel – megteremti a keresletet is, amit a „vevők” fizetőképessége „a harmadik fél fizet” elv miatt nem korlátoz.

Az egészségügyi ellátórendszernek tehát a középső, az alapellátás és a fekvőbeteg-ellátás közé eső szintje a járóbeteg-ellátás. Két formája az általános és a speciális járóbeteg-ellátás. Az általános járóbeteg-ellátás keretében a beteg a háziorvos (vagy más orvos, amennyiben az a beteg folyamatos ellátását, gondozását végzi) beutalása, vagy a beteg jelentkezése (ha a beteg állapota indokolja, vagy a jogszabály lehetővé teszi) alapján szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalmoszerű egészségügyi ellátásban, fekvőbeteg-ellátást nem igénylő krónikus betegség esetén folyamatos szakorvosi ellátásban részesül. A speciális járóbeteg-ellátás olyan betegségek ellátására szervezett egészségügyi ellátás, amely különleges szaktudást, illetve speciális anyagi, tárgyi és szakmai felkészültséget (speciális diagnosztikai háttér) igényel.³⁰⁶ Ezek döntően a gondozóintézeti ellátások. Általános járóbeteg-ellátást a betegnek lakóhelye közelében kell biztosítani, hogy egészségügyi állapotának veszélyeztetése nélkül, tömegközlekedés igénybevételével megközelíthesse. Az egészségügyi reformfolyamat egyik legfőbb állandó célja, hogy részben az alapellátás, még inkább a járóbeteg-ellátás a befejezett (definitív) ellátások nyújtásával a kórházak felé irányuló betegáramlást mérsékelje.³⁰⁷

A járóbeteg-ellátás önmagában is meglehetősen összetett. Az egészségbiztosítás e gyűjtőfogalom alatt tartja tehát nyilván az önálló szakrendelőket, szakgondozókat, szakambulanciákat, a diagnosztikai tevékenységek nagy részét.³⁰⁸ Finanszírozási rendszerük az évek során többször változott, működésüket az Egészségbiztosítási Alap fedezi, változó tevékenységük és teljesítményük alapján meghatározott pontok szerint. Fejlesztésüket a területileg illetékes önkormányzatok biztosítják. A szakmai alapok és a műszeres fejlesztések a járóbeteg-ellátások esetében biztosítottak. Ezen szakellátó intézmények biztos támaszai a háziorvosoknak, megfelelő konzíliumi háttérrel jelentenek számukra.³⁰⁹

³⁰⁶ Varga Imre: Javaslat a járóbeteg-szakellátás reformjához. Magyar orvos. A magyar orvosi kamara hivatalos lapja. 2001.06. IX. évfolyam, VI. szám.

³⁰⁷ Magyarország Egészségügye és Szociális Rendszere. Készítette: Országos Egészségügyi Információs Intézet és Könyvtár. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet. 2003. december. 47. p.

³⁰⁸ Varga Imre: Kényszerek és lehetőségek a járóbeteg szakellátásban. IME V. évfolyam 9. szám, 2006. november

³⁰⁹ Hozzá kell azonban tenni, hogy a rendelőintézetek ma még sok esetben vállalnak fel kezelést, gondozást olyan területeken, ahol azt a háziorvos is el tudná látni. A háziorvos és a szakorvos közötti szakmai elkülönülést még nem sikerült áthidalni. Ennek egyik fontos jele, hogy gyógyszer-támogatások esetén egyes gyógyszereket csak szakorvos írhat fel magasabb támogatással olyan betegek részére, akikről a szakorvos sokkal kevesebb információval rendelkezik, mint a háziorvos. A rendelőintézeteknél sokszor feleslegesen magas igénybevétel jelentkezik, amelynek okai lehetnek, hogy a betegek közvetlenül beutaló nélkül kereshetik fel a szakrendelőt, sokszor felesleges beutalással a háziorvos alapvizsgálat nélkül adják tovább a beteget, vagy a beteg kifejezett igénye, hogy szakrendelésre küldjék. Így sok esetben a szakrendelések párhuzamosan futó, azonos feladatokat látnak el a háziorvossal.

3.4.3. A szakellátás, mint a háziorvosi konzílium háttere

Helyes kórisméhez és gyógykezeléshez vezet, ha a háziorvos betege érdekében más, esetleg több szakember véleményét is kikéri. A háziorvos tudása ugyanis horizontálisan a legszélesebb kell, hogy legyen, ezáltal viszont a különböző szakterületeken nem lehet teljes. A háziorvos ugyanakkor végső soron személyesen felelős a betegeiért. A különböző szakvizsgálatok egyeztetése, az irányítás, a döntés joga az övék kell legyen. A szakorvosi rendelőintézetek munkája, működése során integrálódnak a nagy értékű műszerek és vizsgálati lehetőségek, amiből adódik, hogy a rendszernek biztosítania kell a háziorvos és a beteg számára időben hozzáférhetőséget, hogy ne legyen hosszú várakozási idő egy-egy műszeres vizsgálatra, illetve hogy sürgős esetben azonnali vizsgálatra is nyíljon lehetőség. A szakmai konzílium a nehezen kórismézhető határterületek érintő betegségek esetében a legfontosabb. Azonban vannak olyan szakterületek, ahol már a szakorvos felkeresésekor egyértelmű, hogy további fekvőbeteg intézeti vizsgálatokra lesz szükség. Ezért indokolt lehetne, hogy a háziorvos közvetlenül is igénybe vehetné ezeket a vizsgálatokat. A háziorvos és a járóbeteg szakorvos kapcsolatában fontos megközelítés lehet a csoportpraxis esete. Ezáltal meg lehetne oldani az indokolatlan nehézségeket, a szakmai kommunikációs problémákat. Egy területen dolgozó több háziorvos esetében elképzelhető a csoportpraxis működése és finanszírozása. A szakorvosi ellátás bevonása a csoportpraxis keretei közé működtetési nehézséget jelent az eltérő finanszírozás miatt.³¹⁰

3.4.4. A fekvőbeteg-ellátás

A járó- és fekvőbeteg-ellátás intézményei funkcióik szerint többfélék lehetnek: a) a szűkebb értelemben vett kórházak (általános és szakkórházak), b) szanatóriumok és c) más rehabilitációs intézetek, d) a progresszív ellátás csúcán álló országos intézetek és e) az orvostudományi egyetemek (az utóbbi kettő egyben az orvostudományi kutatások, az oktatás és továbbképzés műhelye). A kórház az egészségügyi ellátórendszer olyan meghatározó intézménye, amelyben megtalálhatók az adott progresszív ellátási szinten a végleges – definitív – ellátáshoz szükséges diagnosztikai, gyógyítási, valamint a fenntartáshoz és működtetéshez szükséges feltételek. A kórház osztályokból, részlegekből, azaz olyan szervezeti egységekből áll, amelyek a medicina egy-egy szakterületéhez tartozó gyógyító,

³¹⁰ A szakorvossal szemben elvárás, hogy korrekt vizsgálatokat végezzen el, és korrekt véleményt mondjon a betegre vonatkozó szakmai kérdésekben. A szakorvosnak szakterülete tapasztalt ismerőjének kell lennie, akinek a véleményére a háziorvos bármikor támaszkodhat és biztosítsa a lehetőséget sürgős vizsgálatok elvégzésére, amennyiben a háziorvos azt kéri.

diagnosztikai tevékenységeket a maguk kompetenciaszintjének megfelelően képesek elvégezni. Az orvostudomány fejlődése következtében a szakterületek differenciálódtak, ezek a szakellátás kifejezéshez képest szakosított szakellátásnak is nevezhetők. A modern kórházban nem csak a diagnosztikai-gyógyító munka vált bonyolulttá, hanem magának az intézménynek a fenntartása, működtetése is. A hagyományos működést biztosító feladatok – ételmezés, ruházati ellátás, gyógyszer, műszer, energiaellátás, épületfenntartás, pénzgazdálkodás – maguk is átalakultak és piacorientálttá váltak.³¹¹ A felsorolt feladatkomplexum végrehajtásához, szakterületenkénti és kórházi szervezeti szintenkénti menedzseléséhez a szó igazi értelmében korszerű információrendszerre van szükség. A kórházi információrendszereknek egyszerre kell kielégíteni a klinikai munkát (páciensorientált rendezőelv) és az irányítási, ellenőrzési feladatokat (vezetésorientált rendezőelv). A modern kórház-rendelőintézeti egység sajátos nagyüzem, diagnosztikai-terápiás szervezeti egységekkel, hotelszolgálattal és annak háttérüzemével, ügyviteli részlegekkel, illetve a folyamatos működést biztosító menedzsmenttel. Amennyiben a járóbeteg és a fekvőbeteg szakellátás nem egy telephelyen működik, a kórházban szakambulanciát alakíthatnak ki, a járóbeteg szakrendelés speciális feladatainak áttelepítésével.³¹²

A kórházak földrajzi elhelyezkedéstől, társadalmi és gazdasági fejlettségtől függően igen nagy eltérést mutatnak.³¹³ Az egészségi állapot és ezen belül a kórházi funkció, számos naturális mutatóval mérhető, mégis vannak olyan elemei, amelyek ma még nem kvantifikálhatóak (ilyenek például az elégedettség, vagy az elégedetlenség és más olyan szubjektív tényezők, amelyekre ma a szabványstatisztika nem tud mutatókat produkálni). Ezeknek azért van jelentősége, mert a kórházak megítélésében néha ezek a tényezők a viszonylag objektívnek mondható tulajdonságokkal ellentétes tendenciát mutathatnak.

³¹¹ Egészségügy Magyarországon. Magyarország az ezredfordulón. Stratégiai kutatások a Magyar Tudományos Akadémián. Magyar Tudományos Akadémia, Budapest, 2001. 150. p.

³¹² Balázs Péter – Feith Helga Judit: Igazgatás az egészségügyben. Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest, 2006. 261. p.

³¹³ A kórház feladata a kórházi erőforrásokat igénylő ellátási esetekben a komplett szolgáltatás biztosítása a gyógyítás céljainak elérésére mindaddig, amíg a folyamatos kórházon belüli biztosítandó orvosi kontroll, beavatkozás igénye fennáll. Az alapvető orvosszakmai döntések az ellátás megszervezésére, a szükséges szolgáltatások kiválasztására a kórházi felvételtől az elbocsátásig terjedő időtartamban – mint felelősségi jogok – a kórházi orvost illetik meg. Fekvőbeteg-ellátásnak tekintjük azt a megelőző-ellátó-gyógyító-rehabilitációs tevékenységet, amelyet a beteg részére 24 órát meghaladóan, folyamatos orvosi felügyelet, a szükséges ápolási szolgáltatások biztosításával végeznek. A fekvőbeteg-ellátó intézetek pedig azok az egészségügyi ellátóhálózaton belül a fekvőbeteg-ellátás szolgáltatására szakosodott egészségügyi szolgáltatók, amelyek megfelelnek a kórház akkreditálására előírt minimális feltételeknek, pl.: minimális ágyszám, szakmák száma, diagnosztikai egységek megléte.

Magyarországon 1992-től kezdődően a teljesítményelvű finanszírozás került előtérbe. Tekintettel az egyes kórházak közötti eltérő viszonyokra azonban sokféle korrekciós tényezőt alkalmaztak. Ezzel próbálták az eltérő adottságokkal rendelkező kórházakat megközelítően azonos szintre hozni. Ebben a rendszerben minden művelet költségként jelenik meg, és az orvosoknak legalább annyira kell figyelniük a költségtényezőkre, mint a gyógyítással kapcsolatos feladatokra. A cél elérése érdekében a hatékonyságot motiváló érdekeltségi tényezőkről azonban elfeledkezett a rendszer. Az orvos jövedelmében nem jelent meg – vagy legalábbis nem érzékelhető komolyan – hogy az orvosi munka mellett jelentős pénzügyi adminisztratív munkát kell végeznie és az ehhez szükséges ismereteket meg kellett, vagy meg kell szereznie.³¹⁴

Azok a betegek, akik kórházba kerülnek, nagy valószínűséggel ritkább, gyakran életet veszélyeztető betegségekben, vagy a gyakori betegségek atípusos formáiban szenvednek. A kórházi szakorvos előrehaladottabb stádiumban lévő betegséggel, és jellegzetesebb tünetekkel kerül szembe, amelyeket ennek következtében könnyebb felismerni. A diagnózist többnyire már felállította a házi orvos, és olykor a beteg is ismeri a kórismét. A kórházi orvos elé táruló klinikai kép egyértelműbb. Ezek a tényezők lehetővé teszik a kórházi szakorvos számára, hogy feltételeken megítélje a beteg egészségi problémáinak természetét.

2006-ban a magyar egészségügyi ellátórendszer intézményi struktúrája is átalakult. Ennek az átalakításnak a végrehajtása során figyelemmel voltak az államnak az egészségügyi ellátórendszer megszervezéséért és működtetéséért fennálló felelősségének hatékony érvényesítésére, mint Alkotmányos követelményre. Alapvető célja az átalakításnak a szakellátó hálózat megújítása, és egy folyamatosan magas színvonalú működést szolgáló ellátórendszernek a kialakítása volt.³¹⁵ A reform akkor lehet hiteles, ha a napi egészségügyi ellátás biztonságos, elérhető és a szolgáltató ráfordításait a jogi vagy a magánszemélyek garantáltan megtérítik. Három aspektust társadalmi szempontból mindenképpen figyelembe kell venni. Egyrészt a társadalmi kultúrát, mint a reform fogadtatásának potenciálját, másrészt az adott intézményrendszer belső jellemzőit, harmadrészt pedig a társadalom egészségi állapotát.³¹⁶ A célok elérésének feltétele az ellátórendszer szerkezetének és működésének olyan átalakítása volt, amely méltányos, igazságos hozzáférést biztosít a betegeknek az ország

³¹⁴ Egészségügy Magyarországon. Magyarország az ezredfordulón. Stratégiai kutatások a Magyar Tudományos Akadémián. Magyar Tudományos Akadémia, Budapest, 2001. 117. p.

³¹⁵ 2006. évi CXXXII törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről.

³¹⁶ Bugovics Elemér – Bugovics Zoltán: Reform: a finanszírozható közellátás létrehozása és működtetése. Egészségügyi és Gazdasági Szemle. 45. évfolyam I. szám, 2007. március. 4. p.

egész területén, megteremti a tervezhetőség, az igazságosabb és hatékonyabb ellátórendszer kialakításának eszközrendszerét, egyértelműen elkülöníti az állam és az önkormányzatok meghatározott felelősségét, beleértve az intézmény-fenntartási kötelezettséget is. Fontos szempont volt az átalakítás során, hogy az Európai Unió fejlesztési forrásokat is felhasználva egy fenntartható fejlődésű, finanszírozható, modern szolgáltatási rendszer alakuljon ki. Az új rendszer garantálja, hogy az egészségbiztosító az egészségügyi szolgáltatásokat a szükséges mennyiségben, az általános garantálható és ellenőrzött szakmai színvonalon, elfogadható és finanszírozható módon, a korszerű és reális elvárásoknak megfelelő körülmények között nyújtva vásárolja meg.³¹⁷

A fejlesztések és átalakítások során létrejövő új ellátórendszer négy szintre épül fel: **a)** súlyponti kórházak; **b)** területi kórházak; **c)** rendelőintézetek; és **d)** házi orvosok. Az egyes szintek kapcsolata jól szabályozott, így a beteget a számára szükséges ellátási szinten, lehetőleg lakóhelye közelében látják el.

Az ellátórendszer alapja a centrumokat, kompetenciaközpontokat is működtető súlyponti kórházak. Ezen intézmények az országban egyenletesen elosztva - az egyetemi klinikák, országos intézetek, megyei kórházak bázisán - a legmodernebb, európai színvonalú technikával felszerelve, nagy tapasztalatú orvosokkal biztosítják a súlyos, vagy speciális, ritka betegségben szenvedők hatékony ellátását. Az ellátás biztonsága és garantált minősége érdekében csak a központokban folyhatnak a nagy felkészültséget igénylő beavatkozások, de a kiemelt kórházak fogadják azokat az eseteket is, amelyeket felszereltség vagy gyakorlat hiányában a területi kórházak nem tudnak megoldani.

A kiemelt kórházak bázis intézményeknek is tekinthetőek, mivel biztosítják a megfelelő szintű, és elérhetőségű ellátást mindenki számára. Ezek az intézmények az ellátórendszer teljes vertikumában az egész országot lefedő területi ellátási kötelezettséggel rendelkeznek. Ez azt is jelenti, hogy működésüket (működőképességüket) az állam garantálja. Ennek fejében a betegeket az adott felvételi területről a jogszabályokban megszabott eljárás-rendben kötelesek fogadni. A szolgáltatásaikért a jogszabályban megszabott mellett külön díjat nem szedhetnek. Hosszútávon a kiemelt kórházaknak kell az ellátás meghatározó tényezőivé válni.³¹⁸

³¹⁷ Monostori Klára: A fekvőbeteg-szakellátás ellenőrzése. In: Egészségügyi Menedzsment. 2001. 3. évf. 1. sz. 30-31. p.

³¹⁸ A kiemelt kórházak egyúttal sürgősségi központokká is válnak, és az év 365 napjában 24 órán át fogadják a sürgősségi ellátásra szoruló betegeket.

Mindegyik kiemelt kórháznak rendelkeznie kell a legfontosabb képességekkel,³¹⁹ de bizonyos speciális betegségeket³²⁰ csak a több kiemelt kórház területét ellátó centrumokban lehet kezelni. A betegek – akár beutalóval önállóan jönnek, akár a mentők szállítják őket – a betegfelvételi részlegen keresztül jutnak a kórházba.³²¹

A kórházak többsége területi kórházként működik és az „általános” ellátásra szakosodnak. A területi kórházak azok, amelyek aktív kapcsolatban állnak a környezetükkel: diagnosztikai szolgáltatásokat vásárolnak a diagnosztikai központoktól, folyamatosan együttműködnek a kiemelt kórházakkal, valamint a területen dolgozó rendelőintézetekkel és háziorvosokkal. A területi kórházaknak biztosítaniuk kell a munka korszerű feltételeit, a kulturált hotel- és munkakörülményeket.³²²

A kiemelt jelentőségű ellátásokat, a kiemelt kórházak kijelölését és szakmai működőképességük garantálását törvényi szinten kell szabályozni. Ugyanakkor az általánosan biztosítandó ellátások eloszlásának meghatározása - a szubszidiaritás elvét is figyelembe véve - már helyi felelősség, mert ezeknek a döntéseknek illeszkednie kell az adott régió jövőképebe, általános fejlesztési koncepciójába. A döntések a Regionális Egészségügyi Tanácsokban születnek. E testületek működése a tulajdonosok felelős együttműködésén alapul, figyelembe veszi a helyi igényeket, a tradicionális értékeket és a pénzügyi lehetőségeket.

Összefoglalóan azt lehet mondani, hogy az a kórház tekinthető korszerűnek, amelyik az egészségügyi ellátás feladatait, részegységeiben is, és mint intézmény is a kor színvonalán, hatékonyan látja el, és működtetése, üzemvitele e mellett gazdaságos is. Az egészségügyi ellátási feladatok hatékony elvégzése feltételezi az egészségügyi ellátási feladatok valós szükségletekből levezetett meghatározását, a feladatok ellátására rendelkezésre álló személyi állomány tudásának felkészültségének a kor színvonalán való meglétét, a fejlődés követését, az ellátáshoz rendelkezésre álló tárgyi eszközrendszer korszerűségét, tartós működtetésre való alkalmasságát, az irányítás, a munkaszervezet, a működtetés korszerű elvek szerinti kialakítását, megvalósítását. A kórházaknak, mint intézményeknek a gazdaságos működtetése feltételezi a rendelkezésre álló erőforrásoknak, kapacitásoknak az ellátási feladatok igényeivel

³¹⁹ Úgy mint :sürgősség, intenzív osztály, az alapszakmák súlyosabb betegségeinek kezelése.

³²⁰ daganatos betegek speciális kezelése, idegsebészet, szervátültetés, szívsebészet stb.

³²¹ dr. Vilmon Gyula, Cserba László, dr. Fóti Marcell: Kórháztervezési útmutató. Az Egészségügyi Minisztérium Kiadványa. Budapest, 1966.

³²² A járóbeteg-szakellátást a kiemelt és a területi kórházak köré szerveződött területi egészségügyi központok biztosítják.

való összhangját, az alkalmazott orvos és kórháztechnikai gépek, műszerek, a személyi erőforrásokkal való ésszerű, takarékos gazdálkodást, a kórház működtetésének, a tényleges szükségletekhez igazodó megoldását biztosító irányítását, menedzselését.³²³ Nagyon fontos tényező, hogy a struktúra változását követően a rendszer továbbra is fennakadás nélkül működjön. Ez mind az egészségügyi ellátórendszer, mind a betegek érdekeit szolgálja. A racionálisan átalakított szerkezethez igazított finanszírozási struktúra kiszámíthatóvá teszi az ellátórendszer finanszírozását. A stabilitás megteremtése feltétele a minőségi munka végzésének, amely hatékonyabb és igazságosabb, kiegyensúlyozott hozzáférést biztosít a betegek számára, biztonságot jelent mind a betegek, mind pedig az egészségügyi ellátó személyzet számára.

3.4.5. Az intenzív betegellátás elvi-szervezési kérdései

Egy kórház összes súlyosnak minősített betegét a gondosabb megfigyelés, ápolás és eredményesebb ellátás érdekében a többi betegtől el kell különíteni. A fejlett egészségüggyel rendelkező országok számos kórházában - a progresszív betegellátás rendszer részeként – a legsúlyosabb betegek számára elkülönített egységeket hoztak létre.³²⁴ Az orvosi szóhasználatban az intenzív jelzővel – megtartva a szó eredeti információtartamát – azt a megfeszített, sajátos és komplex ellátást jelölik, amelynek alkalmazására a beteg életét közvetlenül veszélyeztető, kritikusan súlyos állapotokban kerül sor. A beteg halálához vezető, kóros folyamat közvetlen oka nem egyedül maga az alapbetegség. A betegség vagy trauma a súlyosság egy bizonyos – nehezen objektíválható – mértéken túl a vitális funkciók rendszerint komplex elégtelenségét okozza. A betegek ennek következtében halnak meg. A súlyos állapot folytán a biológiai létfeltételek határáig jutó betegre a közvetlen életveszélyt a vitális funkciók elégtelensége jelenti. Ilyen állapotban az alapbetegség jelentősége átmenetileg háttérbe szorul, másodrendűvé válik. A hagyományosan alkalmazott terápia, amely az alapbetegséget létrehozó okok ellen irányul, ilyenkor már nem bizonyul elégségesnek. A beteg életének megmentésére azt olyan ellátással kell kiegészíteni, amely alkalmas a felborulással veszélyeztető életműködésnek – a légzés, a keringés, az anyagcsere, a kiválasztás, a

³²³ Semmelweis Ferenc: Korszerűsítési igények – lehetőségek. Hungaromed: A korszerű kórház 2003. 2003. szeptember 30- október 1. 6-7. p

³²⁴ Kapacitások meghatározása az egészségügyben. ESKI – Egészségügyi Rendszertudományi Iroda. Budapest, 2006. http://www.eski.hu/new3/politika/zip_doc_2006/kapacitas_normak.pdf

hőszabályozás – támogatására, illetve időleges helyettesítésére. Más szóval ebben az esetben intenzív ellátást kell alkalmazni.³²⁵

A fekvőbeteg-intézményekben a betegek hagyományos csoportosítása, illetve elkülönítése epidemiológiai szempontok szerint, továbbá az életkor, a nemek, esetleg a testtájék vagy a szervrendszerek, és leggyakrabban a kór eredete szerint történik. A hagyományos osztályok belső szerkezetében a betegek állapotuk súlyosságából származó ellátási (ápolási és kezelési) igény szerinti differenciálása nem valósul meg. Az azonos vagy hasonló etiológiájú betegségben szenvedők lényegében azonos ápolási és kezelési körülmények között nyernek ellátást. Az intenzív betegellátásban azonban nem a felsorolt csoportosítás szempontjai érvényesülnek. Az intenzív egységekben ellátásra kerülő betegekre egyedül jellemző és közös, az intézmény többi betegétől elhatároló tényező az elvben gyógyítható, a betegség kóreredetének jellegétől mintegy független, krónikus súlyos, életveszélyes állapot.³²⁶ E betegek életének megmentése érdekében az intenzív ellátás szisztematikusan felhasználja és kimeríti a klinikum többi ága által nyújtott összes diagnosztikus és terápiás lehetőséget. Az intenzív ellátásnak nincsenek sajátos, csak rá jellemző specifikus eljárásai, vagy módszerei, ezért az intenzív ellátás hagyományos értelemben nem is sorolható a kialakult önálló klinikai diszciplínák közé. Az intenzív ellátás alapvetően komplex. Célja és törekvése valamennyi vitális jelentőségű szervrendszer megzavart működésének normalizálása, illetve az életveszély elhárítása.³²⁷

Szükséges annak megállapítása, hogy az egészségügyi szolgáltatónak a megállapított területi ellátási kötelezettsége a progresszív és speciális ellátások körébe nem tartozó általános ellátási esetekre terjed ki. Fontos továbbá annak rögzítése, hogy az egészségügyi szolgáltató területi ellátási kötelezettsége az intenzív ellátások tekintetében arra az ellátási területre terjed ki, amely terület az intenzív ellátáshoz kapcsolódó szakma vonatkozásában az egészségügyi szolgáltatóhoz tartozik.

³²⁵ A vitális funkció elégtelensége természetesen mindig valamilyen betegség vagy trauma következtében, annak talaján alakul ki. Ezért a krónikus állapotot kiváltó alapbetegség, vagy szövödmény gyógyítása az intenzív ellátás alatt is magától értetődően folytatódik. E terápia bizonyos mértékig befolyásolja az intenzív kezelési eljárások formáit, lényegét azonban nem módosítja. Az intenzív ellátás egyik jellegzetessége aspecifikus volta, miután lényegében azonos, vagy hasonló eljárások alkalmazhatók a vitális funkciók különböző eredetű betegségek okozta elégtelenségben. Ezért nem is különböztetnek meg belgyógyászati, urológiai vagy éppenséggel traumatológiai intenzív ellátást. Az intenzív ellátás aspecifikus jellege teszi lehetővé az interdiszciplináris egységek sikeres munkáját.

³²⁶ Kapacitások meghatározása az egészségügyben. ESKI – Egészségügyi Rendszertudományi Iroda. Budapest, 2006. http://www.eski.hu/new3/politika/zip_doc_2006/kapacitas_normak.pdf

³²⁷ Az intenzív betegellátás elmélete és gyakorlata. Szerkesztette: dr. Varga Péter, dr. Btáge Zsuzsanna, dr. Giacinto Miklós, dr. Széll Kálmán. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1977. 27-29 p.

3.4.6. A nappali kórházi ellátás bővítésének koncepciója³²⁸

Ez az „újonnan kialakítandó” ellátási forma nem érinti a jelenleg is szabályozott nappali kórházi ellátásokat, amelyekre a szolgáltatóknak jelenleg is finanszírozási szerződésük van.³²⁹ Az újonnan kialakítandó nappali ellátási forma elkülönítendő a jelenleg is működő és szabályozott egynapos és kúraszerű ellátásoktól. Az egynapos ellátásokhoz a rövid idejű, tervezhető, általában invazív (sebészeti) beavatkozások tartoznak, amikor a beavatkozás után a beteg 24 órán belül otthonába távozik. A kúraszerű ellátások speciális – nagy értékű – kezelések elszámolását teszi lehetővé (IVF, daganatos betegek protokoll szerinti kezelése). A nappali kórházi ellátási fejlesztések által keletkező teljesítmények elszámolását az intézmény saját, elsősorban járóbeteg teljesítmény volumenkorlátjának (TVK) a terhére fog megvalósulni. A finanszírozó számára további előnyt jelent, hogy a nappali kórházi ellátás keretében nyújtott, egyébként aktív fekvőbeteg ellátást igénylő események finanszírozási díjtétele ebben az ellátási formában alacsonyabb, hiszen a hotelszolgáltatást nem szükséges megtéríteni. Ily módon bizonyos, jelenleg aktív fekvőbeteg-szakellátás keretében végzett ellátások úgy kerülnek közel a beteghez, hogy pótlólagos finanszírozási igény nem keletkezik.³³⁰

Ez az ellátási forma kényelmes és költségtakarékos a beteg számára, mivel kivizsgálása, kezelése idejére nem kerül távol a lakóhelyétől, családjától. Sok esetben ezekre az ellátásokra ugyanazokban az intézményekben kerülhet sor, amelyeket a beteg a megelőző időszakban is látogatott, és az ellátó személyzet is ugyanaz. A gyermekellátás területén kiemelten előnyös ez az ellátási forma, tekintve, hogy a gyermek éjszakára otthonába bocsátható. A beteg mindennapos otthoni kapcsolatban marad a családjával, hamarabb képessé válik a readaptációra. A gyermekkel ott lehet a szülő, gondviselő folyamatosan, ezáltal az ellátás a gyermek számára a lehető legkevesebb pszichés megterheléssel jár. Mindezek elősegítik a hatékonyabb gyógyulást.³³¹

³²⁸ A jelenlegi kormány bővíteni kívánja az aktív fekvőbeteg-szakellátást kiváltó, és a betegek lakóhelyéhez közel biztosított ellátási formákat. A struktúraátalakítást követően több aktív fekvőbeteg osztály megszüntetésre került, ugyanakkor a járóbeteg-szakellátásuk továbbra is működik.

³²⁹ Id.: 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet.

³³⁰ Kaló Zoltán – Őri Károly – Rékassy Balázs – Sarkadi Károly – Szűcs Nikolette – Zombori Attila – Zétényi Ágnes: Az egynapos sebészet hazai elterjedési lehetőségeinek gazdasági elemzése. In: Egészségügyi Menedzsment. 2000. 2. évf. 6. sz. 88-94. p.

³³¹ Varga Imre – Kósa Mariann: Az egynapos sebészet bevezetésének szabályozása, lehetősége és hatása a magyar egészségügyben. In: Egészségügyi Gazdasági Szemle. 2000. 38. évf. 5. sz. 531-543. p.

Előnyös a szolgáltató számára, mivel olyan jellegű tevékenységeket végezhet, amelyek a jelenlegi jogszabályi keretek között nem megengedettek. Jobb hatásfokkal használhatja ki a rendelkezésre álló virtuális kapacitásokat (szakember, helyiség, járóbeteg TVK, „ágy”).

A nappali kórházi ellátást végző intézmények javasolt köre:

- azok az intézmények, melyek számára a jogszabályok jelenleg is lehetővé teszik ezt az ellátást,

- olyan, fekvőbeteg háttérrel rendelkező intézet, amely korábban aktív fekvőbeteg-szakellátást nyújtott, és ezen tevékenységének finanszírozása részben vagy egészben megszűnt.

3.4.7. Következtetések

A bemutatottak alapján véleményem szerint fontos lenne meghatározni az egyes ellátási szinteken az ellátási kötelezettség pontos tartalmát (definiálni kellene, hogy az önkormányzat az ellátási kötelezettség alapján milyen szakmákat és milyen ellátási formákat kell, hogy működtessen). Fontos lenne az ellátási kötelezettség pontos mértékének a megállapítása is (definiálni kell, hogy az önkormányzat az ellátási kötelezettség keretében a meghatározott tartalomból milyen minimális kapacitásokat kell, hogy működtessen. A jelenlegi területi ellátási kötelezettséget normatív alapra kellene helyezni, vagyis az egységnyi kapacitásra jutó ellátandó lakosságzámban jelenleg meglévő eltéréseket csökkenteni, minimalizálni kellene. A területi ellátási kötelezettség szempontjából az integrált intézmények területi ellátási kötelezettségéhez lenne szükséges alkalmazkodni. A területi ellátási kötelezettség meghatározásánál figyelembe kellene venni az intézményfenntartó társulások vagy a helyi önkormányzatok elképzeléseit. A területi ellátási kötelezettséget szükséges lenne úgy átalakítani, hogy térbeli és időbeli hozzáférhetőségben az egyenlőtlenségek csökkenjenek és az új területi ellátási kötelezettséget úgy kellene kialakítani, hogy a járóbeteg-ellátásban is érvényesüljön a progresszivitás elve.

IV. Az egészségügyi szolgáltatások finanszírozása

Bevezetés

Az egészségügyi ellátások finanszírozása a világon mindenütt olyan kérdéseket vett fel, amelyeknek a megválaszolása mind közgazdaságilag, mind jogilag számos problémát nem tud megfelelően kezelni. A korábbi részeknél már ismertetett az az alkotmányos és nemzetközileg is megfogalmazott alapelv, hogy az egészséghez mindenkinek alanyi joga van. Amíg azonban valaki nem betegszik meg, vagy a fizikai állapotában változás nem következik be, ez a kérdés nem foglalkoztatja. Sokszor akkor kezdünk el egészségünkéről gondolkodni, amikor azzal nincs minden rendben. Jogilag és közgazdaságilag gyakran más az egészséges állapot megközelítése.³³² Jogi szempontból minden embernek biztosítani kell az egészsége helyreállításához szükséges és elérhető ellátást, közgazdaságilag pedig meg kell teremteni ennek anyagi feltételeit. Az egészségügy azonban egy nagyon költséges nemzetgazdasági ágazat, amelynek anyagi feltételei biztosítása kizárólag az egyéntől nem várható el. Az államnak be kell avatkoznia, hiszen meg kell szervezni az ellátórendszer működését, biztosítani kell annak anyagi hátterét, a szükséges és szakképzett személyzetet kiképezését. A drága gyógymódokat meg kell honosítani, ennek anyagi feltételeit szintén biztosítani kell. Már itt kiemelendő, hogy maga az egészségügy hagyományos értelemben nem tekinthető olyan területnek, ahol a piaci viszonyok megfelelően tudnának működni. Ehhez pedig még hozzá kell tenni azt a manapság könnyen elfelejtett kiindulási pontot is, hogy az egyén egészségi állapotával nem lehet kereskedni, nem lehet árúnak tekinteni, amelyet a piacon szabadon lehet adni és venni. Fontos ezért, hogy áttekinteni azokat a tényezőket, amelyek miatt a hagyományos piaci viszonyok az egészségügy területén nem alkalmazhatók.³³³

*Történelmi előzmények: a bismarcki és a beveridge modell, mint kiindulási alap*³³⁴

A XIX. század végén alakította ki Bismarck porosz vaskancellár azt a társadalombiztosítási modellt, amelyet a XIX. és XX. század fordulóján számos európai ország, köztük Magyarország is átvett. Ez a rendszer megszületése idején több célt is szolgált.

Fontos szempont volt, hogy a konzervatív kormányzat kifogja a szelet a szociáldemokrata politikai mozgalmak vitorlájából, továbbá célja volt az akkor még csak néhány évtizedes

³³² Az egészségünk. Napjainkban Magyarországon. Szerkesztette: Osváth Sarolta. Prospektus Nyomda. Veszprém, 2004. 35. p.

³³³ Forgács Iván: Az egészség ára. In: Magyar tudomány (1981-2000) 2000. 45. évf. 9. sz. 1113-1119. sz.

³³⁴ Mihályi Péter: Bevezetés az egészségügy közgazdaságtanába. Veszprémi Egyetemi Kiadó, Veszprém, 2003. 187.-231. p.

múltra visszatekintő egységes német állam erősítése is.³³⁵ Ez a rendszer a klasszikus egészségügy korának terméke. Azé az időszaké, amikor a betegség még időtől, tértől és társadalmi viszonyoktól független objektív kategóriának tűnt. A bismarcki modell eredendően az alacsony keresetű, alacsony képzettségű munkások munkavállalásával összefüggő megbetegedéseire és baleseteire kitalált finanszírozási konstrukció volt. Más fajta megbetegedésekkel a biztosítónak nem kellett törődnie, mivel az orvostudomány sem tudott mit kezdeni velük. A rendszer abban a társadalmi, gazdasági, politikai környezetben, amelyben létrejött működőképes volt. A társadalmi-gazdasági változások azonban újabb és újabb kihívások elé állították, illetve állítják a társadalombiztosítási alapon működő egészségügyi szolgáltatások rendszerét. A hosszabb átlagéletkor miatt a teljes élettartamhoz viszonyítva csökken a munkaviszonyban töltött évek száma. Ez alapjaiban ingatta és ingatja meg a bérékhez kapcsolt finanszírozási rendszert, mivel egyre nagyobb az időbeli eltérés a járulékfizető képesség és az egészségügyi szolgáltatások tényleges igénybevétele között.³³⁶

Viszonylag sok ráfordítás merül fel az életszakasz elején, majd következik egy „olcsóbb” életszakasz, míg a ráfordítások túlnyomó része a munka világából való kilépés után jelentkezik. Abban az életszakaszban tehát, amikor a biztosított keresőképes, alig veszi igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat, és ezért viszonylag kicsi benne a személyes készlet arra, hogy folyó jövedelméből járulékot fizessen. Ahogyan azután az évtizedek multával a munkásbiztosítás egyre inkább kiterjedt az eltartott családtagokra, majd a középrétegekre is, úgy gyengült a bismarcki modell belső konzisztenciája. Végeredményben tehát – mind elvi, mind biztosítási vonatkozásban – egyre problematikusabbá válik az egészségügy finanszírozási rendszerének a munkavállalással való közvetlen összekapcsolása.³³⁷

Az egészségügy rendszer hiányosságai alapján véve nem a munkaképes korosztályok munkateljesítményét csökkentik, hanem a munkavállalás utáni kort rövidítik le, és az öregkori évek életminőségét rontják az elképzelhető optimumhoz képest.³³⁸ A modern medicina paradigmaváltása – a klasszikus egészségügyről a modern egészségügyre való áttérés -, az

³³⁵ Buda József: A társadalombiztosítás rövid története. In: Egészségügyi Menedzsment, IV. évf. 2002. évi 2. szám.

³³⁶ Mihályi Péter: Egészségügy: A halogatott reform. Professzorok az Európai Magyarorszáért, PEM Tanulmányok – 2. Budapest, 2006. 26-27. p.

³³⁷ Orosz Éva: Félúton, vagy tévúton? Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái. Egészséges Magyarorszáért Egyesület. 12. p.

³³⁸ Kornai János: Vitaindító előadás. Egészségbiztosítási Reform 2007-2009 Konferencia, Budapest, 2007. január 25-26.

életkor meghosszabbodása, a gyógyítási költségek ezzel összefüggő növekedése, valamint az időskori ápolás intézményes formái iránti igények folyamatos növelése nemcsak a bismarcki típusú rendszer finanszírozási alapját kezdte ki, de meggyengítette a brit és skandináv gyakorlatban működő Beveridge-modellt is.

A névadó, Lord Beveridge 1942-ben az angol kormány felkérésére készített jelentésében – többek között – azzal a javaslattal állt elő, hogy az egészségügyi ellátás finanszírozását teljes mértékben költségvetési forrásokból kell biztosítani, és állami irányítással kell működtetni.³³⁹ Ebben a modellben egyértelműen jól érvényesíthető az egyenlő hozzáférés, hiszen a modell lényege a teljes lakosságot megcélzó, az összes lényeges szolgáltatást nyújtó ellátórendszer működtetése. Az NHS a centralizált döntések lehetősége miatt alkalmas a források szakmapolitikai céloknak megfelelő elosztására.³⁴⁰

Az NHS modellben is lehetőség van a szolgáltatói oldal privatizációjára, illetve a versenyelemek alkalmazására. Ez a modell kifejezetten alkalmas az ellátórendszer színvonalának egységesítésére, de önmagában a színvonal emelésének nem elég hatékony eszköze. Önmagában nem alkalmas a differenciált igények kielégíthetőségen célszerű kezelésére, erre a komplementer rendszerek (kiegészítő biztosítások) az alkalmasak ebben a rendszerben. Mivel azonban viszonylag kiterjedt ellátási csomagot céloz meg, nem nagyon kedvez a kiegészítő biztosításoknak. Az ellátórendszer belső feszültségeinek szempontjából az NHS ambivalens hatású. Egyrészt a központi döntések jó érvényesíthetősége előny a szükséges szerkezeti változások meghozatalában, de a szükséges változások meghozatala³⁴¹ nem minden esetben jelenti a rendszer szereplőinek elégedettségét, a feszültségek rövid távú oldását. Másrészt az NHS nagy előnye, hogy olcsó, amiből következik, hogy a költségvetési alkuban általában nincs jó pozícióban, azaz az olcsósághoz tartós alulfinanszírozottság is társul, ami növeli a rendszer belső feszültségeit.³⁴²

³³⁹ Az 1948-ban létrehozott Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (National Health Service – NHS) erre a két fő alapelve épült, és ezt a modellt vette át később számos Nyugat-európai ország is. Ez a finanszírozási rendszer adó alapú, és nem biztosítás elvű, így a munkaviszonyban töltött idő relatív megrövidülése közvetlen formában nem okoz forráshiányt. Az egészségügyi kiadások jelentős részének jellege azonban ebben a rendszerben is nehezen kezelhető. Populációs szintű egészségi állapot szempontjából a nemzetközi tapasztalatok szerint ez a modell azonban hatékony. Egységes irányítással, egységes szemléletben kezelhetők a népegészségügy, a közegészségügy, a megelőzés – gyógyítás – rehabilitáció kérdései. Az NHS modell nem csak a gyógyító ellátások szervezésével, hanem az egészség feltételeinek biztosításával is foglalkozik.

³⁴⁰ Buda József: A társadalombiztosítás rövid története. In: Egészségügyi Menedzsment, IV. évf. 2002. évi 2. szám.

³⁴¹ például: kórházbezárás, feladat és forrás-átcsoportosítás, szakmai szabályok jobb érvényesíthetősége.

³⁴² Mihályi Péter: Egészségügy: A halogatott reform. Professzorok az Európai Magyarorszáért, PEM Tanulmányok – 2. Budapest, 2006. 26-27. p.

Az adóalapú rendszerek általában integrált rendszerek, azaz főként az állam hozza létre, és működteti az egészségügyi ellátórendszert, ahol a kínálati és a vásárlói szerepkör általában nem válik élesen ketté (bár megfigyelhetők finanszírozási technikák e két oldal szétválasztására az integrált rendszeren belül). Másfelől a biztosítási alapú rendszerekben (alapvetően a társadalombiztosítási rendszereket értve alatta) jellemző a szolgáltatást nyújtó, és a szolgáltatást vásárló szereplők/oldalak markáns elkülönülése (ellátókra és harmadik fizetőkre), valamint az ellátók vegyes tulajdonviszonya. Az adókból finanszírozott egészségügyi rendszerekben ugyanis az ellátórendszer dominánsan köztulajdonba tartozik, míg a társadalombiztosítási járulékból finanszírozott, azaz a biztosítási alapú rendszereknél inkább az ellátórendszer vegyes, vagy magántulajdona a jellemző. Kivételek persze mindenütt vannak, ilyen pl. Kanada, vagy Hollandia és Svájc.³⁴³

³⁴³ Russel C. Swansburg, Philip W. Swansburg, Richard J. Swansburg: Guide to Financial Management. Aspen Publishers, Inc. 1988. 75.-175. p.

4.1. Az egészségügyi ellátások finanszírozásának kérdései

4.1.1. Bevezető

Az egészségügyi szolgáltatások jogi szabályozásának elemzésekor figyelembe kell venni azokat a körülményeket, amelyek az egészségügyi ellátás sajátosságából következnek. Ilyen szempont az, hogy maga az egészség nem egy hagyományos értelemben vett „árú”, amelynek igénybevételekor érvényesíthetők a közgazdasági kiindulópontok. Az egészséghez való jog sajátos alkotmányjogi kategória, amelynek érvényesülését önmagában az egyén vagyoni helyzete nem befolyásolhat(na). Ugyanakkor az egészségügy területén is érvényesülnek a piaci mechanizmusok, amelyeket alkalmazni kell. Céлом ebben a fejezetben, hogy bemutassam az egészségügy területén figyelembe venni szükséges sajátosságokat, amelyeket a jogalkotónak a szabályozáskor figyelembe kell venni, de amelyek nem érvényesülhetnek tiszta formájukban, mivel abban az esetben sérülne az egészséghez való alkotmányos jog.

4.1.2. Az egészségbiztosítási szolgáltatások piacának jellemzői és sajátosságai

A tökéletes piacra a bizonyosság jellemző az, hogy adott szolgáltatás vásárlása előre látható, tervezhető. A piaci szereplők tökéletesen informáltak, vagyis mind a fogyasztó, mind pedig a szolgáltatást nyújtó rendelkezik mindazon információval, ami lehetővé teszi, hogy a legjobb áron a legjobb szolgáltatáshoz hozzájussanak.³⁴⁴ A piaci szereplők tisztában vannak mind a saját preferenciákkal, mind a kérdéses jószág tulajdonságaival, a fogyasztó hasznosságára való hatásával. A fogyasztó önállóan, szuverén módon hozza meg a döntéseit, saját hasznossága függvényében, a preferenciái ismeretében. A termékek és a szolgáltatások homogének, a többször ismétlődő vásárlások jellemzik. Az externáliák hiányoznak, vagyis a fogyasztók keresleti és a termelők kínálati függvénye tartalmaz minden a termék fogyasztásával kapcsolatos hasznot és költséget. A piacot sok kis versenyző jelenléte jellemzi, nincs monopólium, vagyis egyetlen piaci szereplő sem képes egyedül meghatározni, sem alapvetően befolyásolni a piacon megjelenő termékek (szolgáltatások) árát és mennyiségét. A piacra szabad a be- és a kilépés, vagyis egy adott termék piacán való jelenlét egy termelő

³⁴⁴ Holló Imre: Gondolatok az egészségbiztosítás reformjáról. Egészségbiztosítási Reform 2007-2009 Konferencia, Budapest, 2007. január 25-26.

részéről csupán annak függvénye, hogy az adott termék értékesítésének jövedelmezősége milyen a más termékek piacán tapasztaltakhoz képest.³⁴⁵

Az egészségügyi szolgáltatások várható igénybevételében, illetve az igénybevett szolgáltatások hatásában bizonytalanság van. A beteg és az orvos között az információk tekintetében információs aszimmetria van, ami azt jelenti, hogy a keresletet a szolgáltató indukálja. Az egészségügyben hiányzik a szuverén fogyasztó, mivel az egészségügyben jártas szakértő (orvos) kvázi ügynökként jár el. Az egészségügyben számos külső és belső externália jelentkezik, mint például a karitatív tevékenységek jólétnövelő hatása, vagy a járványos betegségek gyógyítása. Az egészségügyben monopóliumok vannak, főleg a speciális nagy értékű, illetve ritkán alkalmazott eljárások esetében. Fontos, hogy a biztosított ne legyen képes befolyásolni a biztosításban szereplő káreset valószínűségét, vagyis ne jelenjen meg az erkölcsi kockázat (moral hazard).³⁴⁶

Ahhoz, hogy az egészségügyi rendszer tekintetében is érvényesülhessenek a piaci elvek szükséges sok esemény bekövetkezése, amely lehetővé teszi a kockázatok közös alapba gyűjtését, a szélsőségek kiiktatását és a kockázatok átlagolását. A bizonytalan események egymástól függetlenül kell jelentkezzenek (egyéni kockázatok), és ne összefüggő eseményekről legyen szó. Az egyenlő informáltság szintén fontos kritérium, mind a biztosító, mind a biztosított egyenlően informált a várható kockázatok nagyságáról (összegéről) és valószínűségéről. A bekövetkező kárnak (betegségnek) felismerhetőnek és egyértelműen meghatározhatónak kell lennie. A kockázatnak pedig valószínűségi alapon kell jelentkeznie, azaz nem biztos eseményekről van szó.³⁴⁷ Vagyis az egészségügyben megjelenik a kockázati szelekció (risk selection) problémája is, amely az egészségi kockázatok természetéből, és az egészségügyre fordított kiadások sajátos megoszlásából következik. Lényege az, hogy az egészségi kockázatok rendkívül koncentráltan oszlanak el, azaz csekély számú, különösen költséges kezelésre szoruló beteg használja fel a biztosítási alap forrásainak jelentős részét. Ha a biztosítónak sikerül az ilyen beteget kiszűrnie és elutasítania, akkor a kockázatfedezeti

³⁴⁵ Kornai János: Az egészségügy reformjáról. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó. Budapest, 1998. 46. p.

³⁴⁶ Holló Imre: Gondolatok az egészségbiztosítás reformjáról. Egészségbiztosítási Reform 2007-2009 Konferencia, Budapest, 2007. január 25-26.

³⁴⁷ DÖNTÉS – Hozó. Egészségügyi reform és fenntartható finanszírozás. Közgazdasági szemlélet az egészségügyben: alapvető kérdések és elemzési módszerek. 1. modul. Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ. World Bank Institute. Flagship Program, Health Sector Reform and Sustainable Financing. Jegyzet. Centre for Health Economics and Policy Analysis, McMaster University. 1999.

kárköltések jelentős mértékben csökkenthetők, és a biztosítás profitábilissá válik.³⁴⁸ A kockázati szelekció, illetve az ezen alapuló verseny nem jelent problémát addig, amíg országos szintű versenyközösségben szerveződik az ellátás és a finanszírozó, keresleti oldal egyszereplős. Az országos kockázatközösség felbomlását követően azonban erőteljes versenyre lehet számítani a biztosítási alapok, potenciális finanszírozók részéről. Egymással versenyző biztosítók esetén a kockázati verseny nem küszöbölhető ki, és a realizálható előnyök és hátrányok jelentős forrásává válhat. Az egészségi állapotot, a kockázati tényezőket az egyén szintjén az életkor, a nem, a már meglévő betegségei határozzák meg, illetve a társadalmi-gazdasági viszonyok (ezen belül a foglalkoztatási, jövedelmi, szociális, lakásviszonyok), az egyes térségek eltérő gazdasági fejlettsége, a hátrányos helyzetű csoportok területi koncentrációja befolyásolják. Jelentős haszon rejlik abban, ha a jobb kockázatú csoportokat egy biztosító leföli (cream skinning).³⁴⁹ A több biztosító rendszer ronthatja az egészségügyi javakhoz való méltányosan egyenlő hozzáférést, különösen a hátrányos helyzetű csoportokkal bánt mostohán. Nagy valószínűséggel állítható, hogy pótlólagos források bevonása válik szükségessé a leszakadók védelmében, miközben erőteljes polarizációs tendenciák mennek végbe, az előnyös helyzetekhez további előnyös helyzetek, a hátrányokhoz további hátrányok kapcsolódnak. Bonyolultabbá, és áttételesebbé válik a közteherviselés kérdése a biztosítási alapoknak nyújtott transzferek révén. Egy társadalombiztosítási alapú rendszernél alapvető szempont a stabilitás, a működés biztonsága. Ez a tény nagyban rontja a piaci rendszer előnyeként hangoztatott verseny hatékonyságát, mert ahol egy versenyben nem lehetnek vesztesek, ott győztesek sincsenek, vesztesek és győztesek nélkül viszont nem létezik valódi verseny.³⁵⁰

A különböző egészségügyi rendszerek működtetésével kapcsolatos költségek is eltérően alakulnak. A magánbiztosítási alapon működő több biztosító rendszerek költségintje magasabb, aminek oka a magasabb adminisztrációs költségek. Az alacsony egészségügyi ráfordítással működő országokban különösen kritikus lehet egy több biztosító rendszer

³⁴⁸ Mihályi Péter: Egészségügy: A halogatott reform. Professzorok az Európai Magyarorszáért, PEM Tanulmányok – 2. Budapest, 2006.

³⁴⁹ Kornai János: Az egészségügy reformjáról. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó. Budapest, 1998. 87. p.

³⁵⁰ DÖNTÉS – Hozó. Egészségügyi reform és fenntartható finanszírozás. Közgazdasági szemlélet az egészségügyben: alapvető kérdések és elemzési módszerek. 1. modul. Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ. World Bank Institute. Flagship Program, Health Sector Reform and Sustainable Financing. Jegyzet. Centre for Health Economics and Policy Analysis, McMaster University. 1999. 83-121. p.

bevezetése, mivel a kevésből viszonylag sokat kellene erre költeni, ami a szolgáltatói oldal pozícióját rontaná.³⁵¹

A megbetegedés nem teljesen független esemény, bekövetkezése összefügghet más bizonyos történésekkel (öregedés, veleszületett rendellenességek). Kialakulása magával hozhat újabb káreseményeket (szövődmények). Emiatt a káralakulás sem egyértelműen véletlen. Vannak tudatosan vállalt kockázatok is, az egyén által vállalt biztos események (terhesség, szülés). Az egyén sok esetben képes saját kockázatának – egészségi állapotának – jelentős befolyásolására is. A jövőre nézve nem könnyű megalapozott számszerű becsléseket készíteni a káresemény összegére és a bekövetkezés valószínűségére.³⁵²

Ezekből következik a kontraszelekció az egészségügy piacán. Lényege, hogy a viszonylag magas biztosítási díjak miatt a biztosítási piacról éppen a jó kockázattal rendelkező fiatalok és gazdagok lépnek ki, és maradnak a betegek és a szegények egyre emelkedő díjtételekkel. A biztosítók szeretnek élni a már említett lefölözés eszközével, ami azt jelenti, hogy egyes biztosítók az egészséges populáció számára egyre kedvezőbb (alacsony díjú) szolgáltatásokat kínálnak, amelyből így kiszorulnak a szegények és a betegek. Egyes lakossági csoportokkal (öregék, rokkantak, veleszületett rendellenességgel élők) az üzleti biztosítók nem hajlandók szerződét kötni, vagy csak a kezelési költségekkel megegyező – magas – díjért, így ezek lefedetlenek maradnak.³⁵³ A morális (erkölcsi) kockázat a fogyasztó és a szolgáltató részéről, ennek eredményeként az egészségügyi szolgáltatások túlhasználata (jóléti veszteség). Keresleti oldalról ez azt jelenti, hogy biztosítás esetén a kockázatközösség fedezi az egyéni szinten jelentkező költségeket. Amikor személyenként realizálódik a közösség tagjai által együttesen vállalt kockázat, megnő a veszélye annak, hogy a biztosított jóval kevésbé tanúsít költségtudatos magatartást mintha neki kellene állnia a költségeket.³⁵⁴ A biztosítás birtokában a fogyasztó hajlamos többet költeni, mint amennyit egyébként saját zsebből fizetne a gyógyulásáért. A betegség bekövetkezése előtt pedig biztosítása tudatában kevésbé figyel oda egészségére, mert tudja, hogy nem neki kell majd fizetnie a gyógyítás költségeit. A szolgáltatás nyújtója vagy megrendelője sokszor nincs tudatában, vagy nem foglalkoztatja,

³⁵¹ Holló Imre: Gondolatok az egészségbiztosítás reformjáról. Egészségbiztosítási Reform 2007-2009 Konferencia, Budapest, 2007. január 25-26.

³⁵² Kornai János: Az egészségügy reformjáról. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó. Budapest, 1998. 59-64. p.

³⁵³ Holló Imre: Gondolatok az egészségbiztosítás reformjáról. Egészségbiztosítási Reform 2007-2009 Konferencia, Budapest, 2007. január 25-26.

³⁵⁴ Szende Ágota – Dózsa Csaba – Janky Béla – Szívós Péter: A magyar egészségügy finanszírozásának tehermegoszlása. In: Egészségügyi Gazdasági Szemle. 2002. 40. évf. 3. sz. 273-291. p.

hogy az általa előírt terápia mennyibe kerül, vagy éppen kihasználja jövedelme növelése érdekében.³⁵⁵ A szétaprózott piac nagy hátránya, hogy magasak az adminisztrációs költségek.

4.1.3. Az egészségügyi rendszerek modellválasztása

Ebben a részben bemutatásra kerülnek azok a modellek, amelyek alapján besorolhatók az egyes országokban létező egészségbiztosítási rendszerek. Az alapismérvek lehetővé teszik, hogy meg lehessen állapítani egy országban működő rendszer alapelemeit. Egy-egy modell nem csak kizárólagosan létezhet, hanem több modell alapelemeit is tartalmazhatja. Céлом, hogy felvázoljam azt milyen megoldási lehetőségek vannak az egészségügyi szolgáltatások finanszírozására, amelyek kiindulási pontként szolgáltak az új magyar egészségbiztosítási rendszer kialakítása során is.³⁵⁶

4.1.3.1. Az egybiztosítós társadalombiztosítás modellje

Az egybiztosítós modell hatását tekintve a legtöbb kérdésben az NHS rendszerrel mutat hasonlóságot. A populációs szintű egészségi állapot javulását ez a modell is megfelelően szolgálja, azaz ebben a rendszerben is ugyanolyan jól biztosítható a hozzáférési esélyegyenlőség, mint az NHS rendszerben, hiszen az egybiztosítós modell általában a teljes lakosságnak kíván megfelelő szintű, és minőségű ellátást biztosítani. A lényeges különbség az, hogy a társadalombiztosítás elkülönítetten kezeli az egészség feltételeinek a biztosítását, és a megfelelő gyógyító szolgáltatások igénybevehetőségének rendszerét. A népegészségügy, a tágabb értelemben vett megelőzés, a közegészségügy itt más intézményrendszer feladata. Az egyintézményes társadalombiztosítás esetén az állami felelősség és irányítás közvetlenebbül jelentkezik.³⁵⁷

A viszonylag olcsó működési költség és az egyenlő hozzáférés miatt ennek a modellnek is jó a makroszintű költséghatékonysága, bár az eredmény itt önmagában a társadalombiztosítás jó működésével nem garantálható. Alkalmas az ellátórendszer színvonalának egységesítésére, de önmagában a színvonal emelésének nem elég hatékony eszköze. A vásárlói szerep erősítése ebben a modellben is lényeges előrelépést jelenthet az ellátás színvonalában, amely

³⁵⁵ Molnár Lajos: Ami helyes, azt meg is kell tenni. Egészségbiztosítási Reform 2007-2009 Konferencia, Budapest, 2007. január 25-26.

³⁵⁶ Kornai János: Vitaindító előadás. Egészségbiztosítási Reform 2007-2009 Konferencia, Budapest, 2007. január 25-26.

³⁵⁷ Feldstein Paul J.: Health Policy Issues. An Economic Perspective on Health Reform. Ann Arbor, 1994. Health Administration Press.

az orvos-szakmai színvonal javulásában és egységesülésében jelentkezik. Az ellátásnak a beteg által is megélhető ellátási körülmények javítására ez a modell sem nagyon ösztönöz, de nem is akadályoz.³⁵⁸

Az egyintézményes társadalombiztosítási modell önmagában nem alkalmas a differenciált igények kielégíthetőségének célszerű kezelésére, erre a komplementer rendszerek (kiegészítő biztosítások) az alkalmasak, amelyek terjedését ez a modell is csak korlátozottan támogatja. Az ellátórendszer belső feszültségeinek kezelési lehetőségét ez a modell is magában hordja, ugyanakkor a forrásoldal stabilitását az elkülönült társadalombiztosítás jobban szolgálja, mint a nemzeti egészségügyi szolgálat.

4.1.3.2. Több-biztosítós társadalombiztosítás modellje

A több-biztosítós modell alapvetően az ellátórendszerre, és nem az egészség feltételeinek a biztosítására koncentrálna. A népegészségügyi alrendszerek természetesen ebben a modellben is elkülönítve működnek. A több-biztosítós társadalombiztosítási modell alapvetően még az esélyegyenlőség elvén áll, de a kockázatközösséget megbontja. A források oldaláról a több-biztosítós modellben is meg lehet kísérelni a teljes társadalmi szolidaritás megteremtését, de a kifizetések (szolgáltatások) oldalán már megjelennek a kockázati elkülönülések, a kockázati szelekció, ami az egyenlő hozzáférés ellen hat.³⁵⁹

A több-biztosítós modell nem javítja a források igazságos elosztását, és a rendszer makroszintű hatékonyságát.³⁶⁰ A többintézményes rendszer megnöveli a működési költségeket, mind a szolgáltatást vásárló, mind a szolgáltatói oldalon. A versenyhelyzet nem a vásárlói oldalon, hanem az ellátói oldal versenyhelyzetének esetében javítja az ellátás minőségét, és hatékonyságát, ugyanakkor a szolgáltatókra az osztott környezet többletadminisztrációs kötelezettségeket és költségeket ró. Az ellátás színvonalának egységesítése nem deklarált célja a rendszernek, a minőségjavítás igen, de ennek a szolgáltatók, és nem a finanszírozók versenye az adekvát eszköze. A differenciált igények legális kielégíthetőségét ez a modell jobban szolgálja, de ez az előny csak abban az esetben érvényesülhet, ha a társadalombiztosítás intézményei elismert pénztár jelleggel működnek, azaz együtt tudják kezelni a kötelező és a kiegészítő biztosítást. Az ellátórendszer belső

³⁵⁸ Gulácsi László: Egészség-gazdaságtan. Budapest 2004, Medicina Kiadó. 56. p.

³⁵⁹ Kornai János: Vitaindító előadás. Egészségbiztosítási Reform 2007-2009 Konferencia, Budapest, 2007. január 25-26.

³⁶⁰ Kóti Tamás – Szabó Boróka: A kiegészítő egészségbiztosítások helye, szerepe a hazai betegellátásban. In: Egészségügyi Menedzsment. 2003. évi 5. szám.

feszültségeire ez a modell többféle hatást gyakorolhat. Egyrészt pozitív hatásokat okozhat a kiegészítő biztosítások által bevont többletforrás és verseny, de az osztott környezet költségesebb, és rosszabbul érvényesíthetők a hosszú távú problémakezelés érdekében elkerülhetetlen szerkezeti változások.³⁶¹

4.1.3.3 Piaci modell

A piaci modell a közfinanszírozás szerepének csökkentésére, a magánfinanszírozás szerepének növelésére épít. Ennek a modellnek kizárólagos alkalmazása egyértelműen rosszul szolgálja a lakosság egészének egészségi állapotának javíthatóságát. Nagyban sérül az egyenlő hozzáférés, megszűnik, illetve nagymértékben csökken a társadalmi szolidaritás, a fizetőképes kereslet vezérelt forrásallokáció nem csökkenti, hanem tovább növeli a területi és társadalmi egyenlőtlenségeket. A piaci rendszerek általában jó hatással vannak az egészségügyi ellátások színvonalára, bár ez az általánosan jó színvonal a fizetőképesség változásának megfelelően egyenetlen. A differenciált igények a piaci viszonyok között igen jól kielégíthetők, ez a rendszer lényegéből fakad.

Az ellátórendszer belső feszültségei a piaci viszonyok között ennek szabályai szerint oldódnak. Nagyfokú differenciálódás mellett a lényeges átrendeződés következik be. Az ellátórendszer egységes elégedettsége- vagy elégedetlensége differenciálódik, a belső feszültségek réteg-specifikusan oldódnak, vagy konzerválódnak.³⁶²

A piaci modell fontos eleme a magánfinanszírozás (co-payment) rendkívül komplex kérdésköre. Megoldása sok összefüggés figyelembe vételét, értékelését igényli. A co-payment fogalom szűkebb értelemben - a hazai egészségügyi szakirodalom szerint - a társadalombiztosítás finanszírozás mellé fizetendő önrész, különbözet értelemben használatos, tipikusan ilyen a gyógyszer-ártámogatás mellé fizetendő lakossági önrész. Tágabb értelemben azonban már az eseti, készpénzes fizetést jelenti, azaz az osztott finanszírozáson (co-payment) kívül a full-payment – *teljes áron vásárolt szolgáltatások* – is beletartoznak. Két nagy csoport tehát: a) a beteg által fizetett részleges, vagy teljes szolgáltatási díj, önrész (co-payment), és b)

³⁶¹ Mihályi Péter: Bevezetés az egészségügy közgazdaságtanába. Veszprémi Egyetemi Kiadó, Veszprém, 2003. 65. p.

³⁶² Mihályi Péter: Az üzleti alapú egészségbiztosítási termékek kockázatai és bevezetésük akadályai a magyar egészségügy mai rendszerében. Tanulmányok az egészségbiztosítás témaköréből I. kötet., Egészségügyi Minisztérium, 1998. 53. p.

ennek átalánydíjas változata, az önkéntes kiegészítő biztosítás.³⁶³ A co-payment általános és részleges lehet.³⁶⁴

A magánfinanszírozás alapvető jellemzője, hogy mindig szükséglet-arányos, így a szolgáltatás igénybevételének feltétele. Főbb hatása, hogy miután az egyén fizetőképességéhez kötött, csökkenti a szolgáltatások igénybevételét.

4.1.4. Kormányzati kudarcok

Az egészségügyi szolgáltatások jelentős része nem magán jószág, hanem közjószág, amelyek kínálata tisztán piaci alapon nem szervezhető meg hatékonyan. Egy közjószág előállításakor nincs mód arra, hogy megakadályozzák az embereket a használatban, ez a potyautas probléma. Az egészségügy szolgáltatásainak jelentős része helyhez kötött. Nem érvényesül az import verseny, sőt még az országon belüli verseny lehetőségei is korlátozottak. Kisebb településeken csak egy orvos dolgozik, illetve a kórházak közötti verseny is korlátozott. Baj esetén az egyén ritkán választhat több lehetőség közül. Az egészségügyi szolgáltatások – amint fentebb már említésre került – nem homogén, hanem inkább heterogén termékek. Ha a szolgáltatást igénybe vevői nem tökéletesen informáltak, akkor nem tudják megmondani, hogy az alacsonyabb ár jobb piaci feltételeket jelez-e, vagy pedig a gyengébb

³⁶³ Molnár Angéla: Az egészségügyi rendszerek finanszírozási és jogi aspektusai. In: Egészségügyi Gazdasági Szemle. 2002. 40. évf., 5. sz. 553-565. p.

³⁶⁴ Az érvek, amelyek a co-payment alkalmazásának a szükségességé alá támasztják:

- A felesleges igénybevétel csökkentése

a.) Általános alkalmazása esetén (pl. vizitdíj) az igénybevételt visszatartó hatása van. A hasznosabb ellátási út igénybevétele felé tereli a beteget. Ennél a megoldásnál a felesleges igénybevételt csak kis mértékben kezdeményezik a betegek. A beteg kezdeményezésére létrejött ellátások nagy része első találkozás eseménykörébe tartozik. Ezt követően a beteg ellátórendszerben való mozgását az ellátó orvos jelentős mértékben motiválja.

b.) Szelektív, a javasolt betegellátási úttól való eltérésnek csak akkor van pozitív, visszatartó ereje, ha és amennyiben az általános alkalmazástól eltérő, rendszerint magasabb összegű co-payment fizetési kötelezettség van meghatározva, illetve amikor a plusz szolgáltatásokért a beteg magasabb térítési díjat fizet meg.

- Forrásnövelő hatás

a.) Általános co-payment alkalmazása esetén érdemi forrásnövekedés nem várható, mert az általános, a társadalom széles rétegeire terhelhető co-payment elviselhető mértéke alacsony, az adminisztratív költségei gyakorlatilag nullszaldóssá teszik a co-payment alkalmazását. Fontos annak tisztázása is, hogy kinek a bevétele a co-payment befizetés. A felesleges igénybevétel végső soron a társadalombiztosítás kára, ezért véleményem szerint a térítést az Egészségbiztosítási Alapba kellene befizetni, nem pedig az egészségügyi szolgáltatóknál hagyni. Jelenleg ugyanis az orvos érdekelt lehet abban, hogy minél több, és minél többszöri szolgáltatást nyújtson a beteg számára.

b.) Szelektív co-payment fizetése, a javasolt betegúttól eltérő beteg mozgás esetében alkalmazandó. Ezzel az éljen, akinek jövedelmi helyzete megengedi. Magasabb vizitdíj fizetési kötelezettség, illetve a magasabb szintű ellátás, a nem a kezelőorvos által megjelölt szakorvos igénybevétele esetén a beteg viselje ennek plusz költségeit, ami egyébként az egészségügyi finanszírozási rendszert terhelné.

minőség kifejezője.³⁶⁵ Ha pedig a fogyasztók nem rendelkeznek az árakkal kapcsolatos minden információval, akkor az eladók az egyensúlyi ár fölé emelhetik az árat anélkül, hogy sok fogyasztót veszítenének.³⁶⁶ Az egészségügyi szolgáltatások piacán a fogyasztók (betegek) általában alulinformáltak. Korlátozások nélkül működő egészségügyi piacokon a népesség egy része nem lenne képes vagy hajlandó egészségügyi biztosítást kötni, és ezért előfordulhatna, hogy betegsége esetén ellátatlanul maradna. A fogyasztók még akkor is hozhatnak rossz döntést, ha teljes mértékben informáltak. A dohányosok rendszerint tisztában vannak azzal, hogy a dohányzás ártalmas. Ezért van szükség az állami beavatkozásra és kényszerre.³⁶⁷

A gyógyítással kapcsolatos ismeretek viszonylagos bizonytalansága nem irható sem a betegek, sem az orvosok terhére. Az emberi szervezet rendkívül bonyolult rendszer. Az orvostudomány korlátai jelentősek, és ezért a következmények is azok. Az orvosok gyakran úgy igyekeznek csökkenteni ezt a bizonytalanságot, hogy újabb és újabb műszeres-laboratóriumi vizsgálatokat iktatnak be a diagnózis-készítés folyamatába. A drága vizsgálatok sokszor csak kis mértékben emelik a diagnózis megbízhatóságát, az orvos számára azonban mégis indokoltnak tűnnek, hiszen azért többlet információt adnak, azaz valamelyest csökken a bizonytalanságuk. Ez igen erős érdekeltség a költségek növelésében, amennyiben a finanszírozási rendszer nem állít ellenérdekeltségi mechanizmusokat a rendszerbe. Az orvosi tudás bizonytalansága eredményezi, hogy az orvosok ragaszkodnak a gyógyítás szabadságához. A bizonytalanság eredményezheti azt is, hogy a beteg bizalmatlan az adott orvos szakvéleményével, ezért ugyanazzal a panasszal felkeres több orvost is, akár az ellátás azonos szintjén, akár saját döntése alapján egy magasabb szintű ellátó helyet keres fel. Az is tény, hogy a beteg nem lehet teljesen biztos sem az orvosi diagnózisban, sem a terápiában, ami rontja az orvos-beteg együttműködés hatékonyságát. A beteg a helyes orvosi utasításokat sem tartja be, vagy éppen orvosi javaslat nélkül is gyógyszerekhez folyamodik. Mindez természetesen a gyógyítás költségeinek indokolatlan emelkedéséhez vezet.

³⁶⁵ Kornai János – Karen Eggleston: Egyéni választás és szolidaritás. Az egészségügy intézményi mechanizmusának reformja Kelet-Európában. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 2004. 43-80. p.

³⁶⁶ Kornai János: Az egészségügy reformjáról. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 1998. Budapest. 45. p.

³⁶⁷ Molnár Angéla: Az egészségügyi rendszerek finanszírozási és jogi aspektusai. In: Egészségügyi Gazdasági Szemle. 2002. 40. évf., 5. sz. 553-565. p.

4.1.5. Az egészségügyi ellátással kapcsolatos állami felelősségvállalás

Az állam alapvető kötelessége a „megfelelő” egészségügyi ellátás igénybevehetőségének biztosítása a polgárok számára. A problémát rendszerint – többek között – a „megfelelő” ellátás meghatározása jelenti, azaz meg kell határozni azt, hogy a gazdaság teherbíró-képessége függvényében milyen terjedelmű és hozzáférésű ellátási csomagot biztosítson az állam. A finanszírozással kapcsolatosan a köz és a magánfinanszírozás aránya, a közfinanszírozás forrása (adó, vagy járulék, ennek aránya, forrása, megoszlása), a tőke költségek forrása, megtérülése, a magánfinanszírozás területei, technikái, valamint az egyenlő hozzáférés biztosítása az, ami kérdésként rendszeresen felmerül.

Jelenlegi társadalombiztosítási rendszerünk évszázados elveken alapul, miközben a demográfiai és az egészségügyi-technológiai tényezők jelentősen változtak.³⁶⁸ Mindeközben a munkajövedelmekre épülő társadalombiztosítási rendszer finanszírozását, a munka és tőkejövedelemből élők számára nyújtott szolgáltatásokkal összefüggésben értelmezett méltányosságot is újraértelmezés tárgyává kell tenni a tőkejövedelmek növekvő súlyával párhuzamosan.³⁶⁹

Az egészségügyi szolgáltatás jelentősen különbözik a klasszikus piaci viszonyoktól. A fogyasztó oldaláról jellemző, hogy szükséglete erős szubjektív készlettel, sürgős testi-lelki kényszerként jelentkezik. Valójában nincs tisztában igénye kielégítésének módjával, és ezt az egészségügyi szolgáltató szabja meg számára. Ebben az is benne foglaltatik, hogy a szükséglet kielégítésének árát is legtöbb esetben a szolgáltató önkényesen határozhatja meg, hiszen sok esetben a vevő szakértelmének hiánya, vagy szükségletei kielégítésének imperatív természete sem teszi lehetővé számára a kínálat közötti válogatást. Tovább bonyolíthatja a helyzetet, hogy a fogyasztó szükséglete nem csak akkor jelentkezik, amikor annak kielégítésére elegendő pénze van. Ez a piaci torzulás a fogyasztót függőségi helyzetbe kényszeríti azáltal, hogy erősen behatárolt választási lehetősége van az adott szolgáltatás módját illetően, de korlátozza a szolgáltatót is, hiszen a szakmailag legmegfelelőbb szolgáltatást kénytelen alárendelni a fogyasztó fizetőképességének. Ennek az anomáliának a kiküszöbölésére jött létre a szociális érzékenységgű államokban a társadalom (egészség)

³⁶⁸ A társadalomban megnőtt az időskorú népesség aránya anélkül, hogy aktív életük során a társadalombiztosítás felhalmozta volna számukra az inaktív életkorra vonatkozó szolgáltatások fedezetét, ugyanakkor az egészségügyi szolgáltatások jelentős része ma már nem a szoros értelemben vett életmentésre, fenyegető állapotok elhárítására, hanem az életminőség javítására irányul.

³⁶⁹ Molnár Angéla: Az egészségügyi rendszerek finanszírozási és jogi aspektusai. In: Egészségügyi Gazdasági Szemle. 2002. 40. évf., 5. sz. 553-565. p.

biztosítási rendszer, amelynek lényege, hogy a kockázatközösség bevételi oldalát (a járulékokat) nem a várható káreset (betegség) bekövetkezésének valószínűsége arányában, hanem szolidaritási alapon a tagok jövedelem arányosan fedezi.

A társadalombiztosítás lényege, hogy azon területeken, amelyeken a káresetre nem köthető, vagy csak igen magas járulékkal köthető magánbiztosítás, mivel a feltételek nem állnak fenn (kiválasztás, erkölcsi, várható káresetek előre számítása), szóba jön a társadalombiztosítás, amelyben a kormányzat kibővítheti a biztosított alanyok körét (pl. állampolgári jogon, vagy mindenkire nézve kötelezően) és ezzel elkerülhetik a biztosítók kiválasztási elfogultságát. Ehhez szükséges az állam pénzügyi segítsége. A társadalombiztosításnak különleges szerepe van a betegbiztosításban, a munkanélküliségi biztosításban, és bizonyos mértékben az életjáradék (nyugdíj) biztosítás területén.

A társadalombiztosítás bevételeit az adókból, illetve állami bevételekből, vagy a jövedelemmel rendelkezők kötelező járulékaiból fedezik. A szolidaritás alapú biztosítási rendszerekben a biztosítottak járulékait a kockázatközösség által meghatározott szükségleteik szerint a bevételekből fedezik akár pénzbeli, akár természetbeni juttatás formájában. A természetbeni juttatás lényege, hogy a biztosított igényeiből azokat, amelyeket a társadalombiztosító indokolt szükségletnek ismer el, megvásárolja a szolgáltatótól. Ez esetben tehát a szolgáltató kínálata a társadalombiztosító (és nem a de-facto fogyasztó) keresletével találkozódik egy olyan piacon, amelyen a kereslet és kínálat szabályait is az állam szabályozza. Ezen a piacon az egészségügyi szolgáltató számára a egészségbiztosító (EA, illetve az OEP) képezi a keresleti oldalt.

Az egészségügyi feladatok mára kiszélesedett palettáját azonban ma újra kell értékelni abból a szempontból, hogy minden szolgáltatási elem igénybevételéhez egyaránt fűződik-e olyan, az egyénin túlmutató érdek, amely indokolja, hogy a fedezetét (részben/egészben) közpénzből fedezzék. Újra kell gondolni a források jövedelmi elemekre terhelésének terítését is.

Mindezek alapján a társadalombiztosítási rendszer alapelveinek a jelenlegi helyzetben következetesebb érvényesítése érdekében egy megállapítható, hogy egy tagoltabb egészségügyi és biztosítási rendszer szükséges, amely a társadalmi jelentőségük alapján differenciáltan kezelhető ellátási szinteket határoz meg és ezek mögé a közösséget jobban vagy kevésbé terhelő forrásokat rendel.

Az állam felelőssége kell, hogy maradjon azok számára is biztosítani a legszükségesebb egészségügyi ellátásokat, akik akár önhibájukból, akár önhibájukon kívül nem rendelkeznek biztosítással. Ugyanakkor egy jól működő biztosítási rendszernek egységesnek, és a szolidaritási elvet fokozottan érvényesítőnek kell lennie abból a szempontból, hogy abban mindenki vállaljon részt teherbíró képességei szerint, tekintet nélkül megszerzett jövedelmének formájára/forrására. Alapvető cél, hogy a társadalombiztosítás ellátásait azok a csoportok, amelyek esetében a hozzáférés szociális szempontból indokolt, azonban saját jövedelemmel nem rendelkeznek, ne különböző jogosultsági jogcímenek, hanem biztosítottként vehessék igénybe. Az is cél, hogy a Magyarországon élő személyek kötelezően részt vegyenek a társadalombiztosítási rendszerben, és e rendszer keretein belül kapjanak meg minden részükre szükséges természetbeni egészségügyi ellátást.

Az egészségügyi ellátások szintjeinek elkülönítése indokolt aszerint, hogy azok

- 1) az állam által garantált rendszerben, emberi jogon vehetők igénybe;
- 2) társadalombiztosítási jogviszony alapján igénybe vehetők;
- 3) térítési díj fizetése ellenében vagy magánbiztosítás keretei között igénybe vehető szolgáltatások.

Az egyének szintjén nagyon nagy szerepe van a véletlennek abban, hogy megbetegszik-e valaki, milyen betegsége lesz, milyen súlyossággal, és mekkora gyógyítási költségeket támasztva. Nagyobb népességcsoportok szintjén a betegségek megjelenése szigorú szabályszerű összefüggéseket mutat. A törvényszerűség egyéni véletleneken keresztül történő megjelenése teszi az egészségügyet a biztosítások terepévé.

A társadalombiztosítás annyiban tér el az üzleti kockázatkezelésre létrejött intézményrendszertől, hogy elismeri azt, hogy a társadalom tagjainak egészsége egyszerre egyéni és társadalmi „termék”, egyszerre egyéni és társadalmi „érték” – felelőssége és haszna is közös. Ez a konstrukció annak az elfogadására épül, hogy amennyiben a szűkebb-tágabb társadalmi környezetnek is fűződik érdeke az egyén egészségének, életének a megőrzéséhez, akkor a betegek támogatása, a betegségekre való felkészülés nem hagyható a társadalom tagjainak egyéni választására. Ez megteremti azt a társadalmi intézményt, amely mobilizálja az egészségesek, a jövedelemmel rendelkezők forrásait a betegek kezelési költségeinek fedezésére, keretet biztosít egy egészség-betegség vonatkozású társadalmi jövedelem-átcsoportosításnak. A társadalom-biztosítási rendszer elve az, hogy a társadalom tagjai

jövedelmük arányában vesznek részt a forrásképzésben, mindenki után keletkezik befizetés, viszont betegség esetén mindenki megkapja a szükségletének megfelelő ellátásokat.

4.1.6. A XXI. század kihívásai

A társadalombiztosítás rendszere a XIX. századi Németországban olyan körülmények között alakult ki, amikor a népesség korstruktúrája sokkal fiatalabb volt (alacsony időskorú arány), az egészségügyi szolgáltatások alapvetően a hirtelen fellépő, élethalál kérdését jelentő állapotok kezelésére terjedtek ki, s a rendszer a munkából élőket ölelte fel (a tőkejövedelemből élőket nem). Napjainkra a népességen belül magas az időskorúak, nyugdíjból élők aránya, úgy, hogy a társadalombiztosítás nem tőkésítette (nem halmozta fel) mai igénybevételükre az aktív életük során keletkező befizetések semmilyen hányadát. Napjainkra az egészségügyi szolgáltatások nagy hányada vonatkozik az életminőségre, s nem közvetlen életmentésre, vagy fenyegető állapotok elhárítására. A törvény úgy tartja egy kockázatközösségben a társadalom tagjait, hogy időközben nagy jövedelmi differenciálódás történt, a társadalom tagjainak eltérően van esélyük munka-, illetve tőkejövedelemre szert tenni, s ezért az alapvetően munkajövedelmek alapján képzett források méltánytalanul osztják szét a közterhek viselését.³⁷⁰

Alapvető cél kellene, hogy legyen továbbra is, a biztosítású alapú rendszer fenntartása, amely az egészségbiztosítás körébe tartozó pénzbeli és természetbeni szolgáltatásokat foglalja magában. Társadalombiztosítási forrásból kell, hogy finanszírozásra kerüljön a biztosítottak megbetegedésének (gyógyítás és rehabilitáció) ellátása, és meghatározott, személyesen igénybe vehető megelőzési szolgáltatások. A ma hatályos törvények alapján az egészségügyi rendszer társadalombiztosítás formájában működik, amely a foglalkoztatottakat arra kötelezi, hogy biztosítottak legyenek. Az egészségügy finanszírozása alapvetően négyféle forrásból történhet: adókból, társadalombiztosítási hozzájárulásokból, a szolgáltatás igénybevételekor fizetett önrészből, illetve magánbiztosításból. E négyfajta forrás valamilyen kombinációja fellelhető szinte mindegyik európai rendszerben. Magyarországon a munkajövedelemmel rendelkezők egészségbiztosítási járulék fizetésére kötelezettek. A járulékot a foglalkoztató és a foglalkoztatott egyaránt fizeti. Az egészségbiztosítás finanszírozása ennek megfelelően két forrásból történik:

- 1) A munkáltató és a munkavállaló által fizetett egészségbiztosítási járulékokból, és

³⁷⁰ Simon Kornél: XXI. század: a gyógyítás válsága? In: Orvosi Hetilap. – 2002. 143. évf. 5. sz., 249-251. p

2) Az Egészségbiztosítási Alapnak (EA) nyújtott állami támogatásból, amely három részből áll:

- a) az adónak tekintett tételes és százalékos egészségügyi hozzájárulásból,
- b) a költségvetésbe felvett állami támogatásból, valamint
- c) az EA hiányát a költségvetés magára vállalja.

Ahhoz, hogy valaki biztosított legyen, nem feltétlenül kell foglalkoztatottnak lennie, a törvény meghatározott szabályok alapján, az állampolgárok meghatározott csoportjait biztosítottá minősítheti, és ezáltal egészségügyi szolgáltatásra válhatnak jogosulttá. Ahol ezzel szemben állami egészségügyi szolgálat (National Health System – NHS) működik, ott nem ismerik az azt finanszírozó járulékot. Funkcióját tekintve a járulék az adó és a magán biztosítási díj közötti terminus technikus. Az adóval ellentétben fizetése konkrét jogszerzést jelent, míg az adófizetésnek nincs nevesített ellenértéke, illetve az nagyon elvont. A biztosítási díjjal ellentétben viszont a járulék megállapításánál nem alkalmazzák az individuális ekvivalencia elvét. A járulék mértéke nem függ attól, hogy fizetője mekkora kockázatot visz a veszélyközösségbe. A tehervállalás a jövedelemhelyzettől függ. A járulék ezért hagyományosan jövedelemarányos, vagyis lineárisan arányos módon számítandó és gyakran felső határral rendelkezik. Állami egészségügyi szolgálat esetén a fenntartás költségeit vagy nevesített adókból, vagy általános, nem nevesített adóbevételekből fedezik. Ennek a rendszernek az az előnye, hogy nem kell külön nyilvántartani a járulékfizetést és a járulékfizetőket, így az adózás egyszerűbb lehet. Mivel azonban mindenki jogosult ebből kifolyólag az ellátásra, viszont a rendelkezésre álló egészségügyi szolgáltatók kapacitása véges, ezért ezen rendszerben gyakran hosszú várólisták alakulnak ki, amely megnöveli a tényleges gyógyulás idejét.

A magyar egészségügyi ellátórendszer törvényben elfogadott elve a szolidaritás gyakorlása. A szolidaritási elv elfogadása alapján törvény által biztosított az egészségügyi szolgáltatásokhoz való egyenlő hozzáférés minden saját, vagy származtatott jog alapján biztosítottnak minősülő polgár számára. A magyar ellátó rendszer működési mechanizmusait szabályozó elemek az elmúlt 15 évben jelentős változásokon mentek keresztül. Az állami egységes rendszert vegyes rendszer váltotta fel. Első lépésként a társadalombiztosítási ellátások önálló alapként elváltak az állami költségvetéstől, majd a nyugdíj és az egészségügyi ellátórendszer vált egymástól függetlenné, önállóvá. Az egészségügyi rendszer forrásteremtési mechanizmusa vegyes rendszer, amelyben csak a működési költségek fedezete került az

önálló alapba. A fejlesztési források változatlanul, az adóbefizetésekből kerülnek finanszírozásra, az önkormányzatokra leosztott fejkvóta rendszer, és a céltámogatási rendszeren keresztül.³⁷¹

Megjegyzendő, hogy a magyar egészségügyi rendszerben teret nyert, elsődlegesen többlet forrásszerzési célból a magán-financezírozás a társadalombiztosítás rendszerén belül is. Ezt a folyamatot a szabályozás hiányában a spontán piaci hatások érvényre jutása jellemezte. Az egészségügyi ellátás forrásainak két alappillére tehát a közfinanszírozás és a magánfinanszírozás, amelyben azonban jelenleg még a közfinanszírozás a domináns. A közfinanszírozás forrásain belül a működési költségek fedezetét jelentős arányban az Egészségbiztosítási Alapba befizetett járulékok, valamint a tételes egészségügyi hozzájárulások képezik. A fejlesztésekre és az eszközpótlásokra szükséges források fedezete többféle csatornán keresztül, végül is az adó bevételek terhére az állami költségvetésből biztosított. Emellett a magánfinanszírozás szempontjából ma már jelentős mértékben az egyéni felelősségvállalás is fontos szerepet tölt be. A korábbi inputfinanszírozási rendszert felváltotta a normatív, elsősorban az aktivitást preferáló teljesítményelvű finanszírozás. Ez a változás összhangban volt azzal a szándékkal, hogy a társadalombiztosítási rendszer az egységes kockázat-közösség fenntartásával megtartsa szolidáris karakterét, és a szolgáltatók számára a szabályozott verseny kialakításával olyan helyzetet teremtsen, amely a hatékonyság irányába mozdítja el a rendszer működését. Ennek sikeres, költségkorlátokkal érvényesített megvalósítása hozzájárult ahhoz, hogy a reálérték csökkentést nem kísérte a hozzáférés jelentős mértékű romlása.

Az egészségügyi forrásallokáció módszere az elmúlt évek során változott. Modellváltás történt. Egy olyan dualisztikus rendszer jött létre, amelyben a működési költségek normatív, teljesítményelvű finanszírozása felváltotta a korábbi input elvű forrásallokációt. A forrásallokáció módszereinek fejlesztése azt célozta, hogy a szolgáltatás egységek definiálása, a teljesítményelv alkalmazása segítségével létre lehessen hozni a szolgáltatók között egy olyan versenyt, amelynek működése a hatékonyabb ellátást, a betegek érdekeit szolgálja. Ennek következményeként a beteget, a betegellátás eseményeit követő finanszírozás olyan érdekeltséget teremtett, amelyben a szolgáltatók érdeke a minél nagyobb teljesítmény elérése, a beteg elégedettségét eredményező tevékenység. A finanszírozás mértéke az elvégzett szolgáltatásokkal arányos mértékűvé vált. A kórházak az ellátott esetek típusa szerint

³⁷¹ Endrőczy Elemér: Trendek és ellentmondások az egészségügyi szolgáltatás fejlődésében, finanszírozásában és minőségbiztosításában. In: Egészségügyi Gazdasági Szemle. 1998. 36. évf. 1. sz. 1-19. p.

esetátalány alapján, a járóbeteg-szakellátás tételes szolgáltatás jegyzék szerint, a háziorvosok a bejelentkezett páciensek korcsoportok szerint meghatározott fejkvóta alapján kerülnek finanszírozásra.

A modern jogállami felfogás az orvostól nem azt várja, hogy a beteget minden körülmények között meggyógyítsa, hanem azt, hogy a tőle elvárható legnagyobb gondossággal járjon el. Az egészségügyben, akinek biztosítási jogviszonya van, az biztonságot vásárol ezzel. A biztosító biztosítási díj fejében (járulék vagy egyénileg kalkulált díj) a bizonytalanságot veszi át a biztosítottól. A biztosító átvállalja a biztosított kockázatvállalási készségét, illetve képességét. Az egészségbiztosítás a biztosított beteg kárát csak anyagi értelemben – azt is csak korlátozott mértékben – tudja ellentételezni. Ennek megfelelően maga az egészségbiztosítás kifejezés használat sem indokolt teljesen, hanem helyesebb lenne helyette betegségbiztosításról beszélni (mint a francia, vagy a német rendszerben), amelynek jellemzője, hogy káresemények bekövetkezése a biztosított életpálya során nem csak szinte bizonyosra vehető, de meglehetősen gyakori is. A káresemény ilyen gyakorisága mellett érthető, hogy az egészségbiztosító harmadik félként beépül a beteg és orvosa közé (third party payment). Ebben a konstrukcióban az orvos és a beteg kapcsolatában a pénz egyáltalán nem jelenik meg. Az orvos és a beteg számára a gyógyítás költségei csupán másodlagosak.

Látni kell ugyanakkor azt is, hogy az egészség értékének meghatározhatatlansága miatt az állami (társadalmi, közösségi) döntéshozatal is bizonytalan elvi alapokon áll. Amikor az erőforrások hatékony allokálása érdekében kell döntéseket hozni, az állam sincs könnyebb helyzetben, mint amilyenben az egyén, vagy egy magánbiztosító lehet. A piaci mechanizmus a maga decentralizált döntési rendszerével azon alapul, hogy a gazdasági egységek célokat követnek, és a hatékonyság ezen egyéni céloknak, és az érték tett erőfeszítéseknek, ráfordításoknak a viszonya. Az egyéni döntésekre alapozott gazdasági rendszer azonban bizonyos esetekben kudarcokhoz vezet, és érzéketlen a jövedelmek és vagyonok megoszlására, valamint az externális hatásokra. Éppen ezek a problémák alapozzák meg az állam gazdasági szerepét. Ha a társadalom, a köz mint olyan rendelkezne ugyanolyan tulajdonságú preferencia rendezéssel, mint amilyent az egyén számára a piaci döntéseknél feltételezünk, akkor a demokratikus döntéshozatal egyszerűen a felismert közérdek érvényesítését szolgáló szabályokból állna, és a preferenciák érvényesítésére rendelt eszközökre vonatkozóan ugyanazok a hatékonysági megfontolások volnának érvényesíthetőek, mint amiket az egyéni döntéseknél is követnek az egyének. A társadalmi

preferenciákat az egyéni preferenciák integrálásaként elgondolva a közérdek meghatározásánál az egyéni érdekekből lenne célszerű kiindulni. Az ellentmondások abból fakadnak, hogy a társadalom különböző csoportjai különböző célokat kívánnak elérni a köz érdekében, amely célokat közpénzből valósítják meg. A célok eléréséhez szükséges erőfeszítések és költségek azonban kevésbé kötik őket, mint a magándöntéseknél.³⁷²

Az egészségügyi ellátási feladatokat áttekintve a „finanszírozási forrás” – „ellátási feladat” kapcsolatot kell számba venni:

1) Állami költségvetésből finanszírozandó, elsődlegesen közösségi módon igénybe vett egészségügyi szolgáltatások, a közösség érdekében működtetett funkciók.

2) Társadalombiztosítási rendszerben, a szolidaritási elv alapján biztosítandó, az alapvető egészségügyi szolgáltatások a gyógyító, megelőző, rehabilitációs tevékenységek körébe tartozó szolgáltatások.

3) Egyéni felelősséggel és forrással biztosítandó az alapvető egészségügyi szolgáltatásokon kívüli, kiegészítő szolgáltatások.

4.1.7. Az állam által garantált egészségügyi szolgáltatások

Az állami felelősséget megfogalmazó ellátási kör esetében nem egy önálló biztosítási jogviszonytól, illetve teherviselési képességtől független ellátási alapsomag létrehozásáról beszélünk, hanem arról a nagyon fontos kiegészítő kötelezettségvállalási elvről, hogy azok is megkapják a szükséges ellátásokat, akik nem rendelkeznek a legszükségesebb egészségügyi ellátásokhoz nélkülözhetetlen forrásokkal. Tehát ennek az ellátási körnek a megfogalmazása egy következetesen végigvitt biztosítási elv mellett egy kiegészítő szabály megvalósulását jelenti.

Öt elemmel jellemezhető, hogy melyek azok az ellátások, amelyek ide tartoznak:

Az egyéni mérlegelés lehetősége: a biztosítási viszonyt nem firtató körbe kell tenni az olyan beavatkozásokat, amelyeknél az ellátás szükségessé válásakor a rászoruló egyénnek nincs, vagy csak nagyon korlátozott a mérlegelési lehetősége az ellátás igénybevételét illetően

³⁷² Mihályi Péter: Egészségügy: A halogatott reform. Professzorok az Európai Magyarorszáért, PEM Tanulmányok – 2. Budapest, 2006. 37-40. pp.

A sürgősségi szempont: senki sem maradhat ellátatlanul, akinek esetében a késlekedés, a beavatkozás elmulasztása miatt olyan károsodás léphet föl, amely az életet veszélyezteti, vagy tartós egészségkárosodást okoz.

A társadalom veszélyeztetettsége: a jogviszonyt nem vizsgáló körben kell helyet biztosítani azoknak az ellátásoknak, amelyek oka vagy elmaradása a közösség többi tagját is veszélyezteti és nem csak azt a konkrét személyt, aki az ellátásra szorul.

Az állami döntéshozó diszkrecionalitása: minden olyan ellátást jogviszony vizsgálata nélkül kell nyújtani, amelyeknek az állami döntéshozó szerint népegészségügyi, szociálpolitikai, vagy egyéb szempontok miatt oda kell tartozniuk.

Az ötödik elem szerint az állam által garantált csomagba kell bekerülni azoknak az ellátásoknak amelyek, **emberi jogi elven, vagy nemzetközi jogi kötelezettségek** okán mindenki számára hozzáférhetővé kell válniuk.

Az állam által garantált egészségügyi szolgáltatások körébe tartoznak különösen: a járványügy, katasztrófa egészségügy, a mentés, az ügyeleti és a sürgősségi ellátás. A sürgősségi ellátás keretében az első életmentő, és tartós egészségkárosodást elhárító beavatkozások tartoznak a jogviszony vizsgálata nélkül nyújtott szolgáltatások körébe.

A szóban forgó szinthez tartozó ellátások a fentiekben ismertetett elvek alapján két kategóriából állnak össze:

- azok a szolgáltatások, amelyekhez nagy arányban fűződik közösségi érdek is;
- a társadalom tagjainak minimális biztonsága érdekében nyújtott szolgáltatások.

Az államilag garantált ellátások körében az állam a finanszírozást tekintve csak végső teherviselőként van jelen. Fontos tehát hangsúlyozni, hogy a magyar állam teherviselése itt is mögöttes, akkor lép be, ha egyéb anyagi eszközei terhére (ideértve a biztosítást is) a rászoruló az ellátás megtérítését nem képes biztosítani, és ezt hitelt érdemlően igazolta (a gyakorlatban a megfelelő behajtási eljárás megtörtént). Tehát amennyiben a biztosítási jogviszony fennáll, az alapszintű ellátások tekintetében is az E. Alap, illetve a beteg biztosítója terhére történik a megtérítés. Természetesen a fedezet ellenőrzése sürgősségi esetben csak az ellátás nyújtását követően történhet.

A jelenleg is létező alapszabály, hogy az anyagi források előzetes vizsgálata nélkül valamennyi Magyarországon tartózkodó személy megkapja a sürgős szükség esetén járó ellátást. Ettől el kell választani azonban azt, hogy az ellátás nyújtása után a teherviselés

kérdésének rendezése érdekében az ellátást nyújtónak el kell járnia. Magyar társadalombiztosítási szabályon, a közösségi szabályozáson, és a szociális biztonsági egyezményeken alapuló jogosultságigazolás esetében ez ma is adott, az állam közvetlen tehervállalása ma is kizárt a sürgősségi ellátások esetében.

A magyar egészségügy legfontosabb pillérét az életvitelszerűen Magyarországon élő személyeket egy kockázatközösségbe tömörítő egészségbiztosítási rendszer jelenti, amelyben törvényben megállapított szabályok szerint a részvétel kötelező.

A kockázatközösségben való részvétel az egyének számára azt is jelenti, hogy jövedelem szerző képességükkel (jogszabályban rögzített módon) arányban álló befizetéssel kell osztozniuk az egészségügyi források megteremtésében.

Alapelv, hogy a kötelező biztosítási szolgáltatások körébe a jelenleg is az egészségbiztosítás által finanszírozott természetbeni ellátások tartoznak bele úgy, hogy egyes szolgáltatásfajták tekintetében csak meghatározott módon végzett eljárások képezik a kötelező biztosítás keretében térítésmentesen nyújtott szolgáltatásokat, míg a többi részben vagy teljen térítésköteles.

Fontos továbbá hangsúlyozni, hogy a társadalombiztosítás ellátásainak köre nem fix, hanem dinamikus: kialakítása multidiszciplináris megközelítést igényel, tartalmának alakulásakor különösen az alábbiakban felsoroltakra kell tekintettel lenni:

A kötelező biztosítási szintet alkotó szolgáltatások és ellátások körében (a járulékfizetők terhére) csak olyanok szerepelhetnek, amelyek hatásosak, hatékonyak és összhangban vannak az egészségpolitikai prioritásokkal.

A rendelkezésre álló egészségügyi hálózat struktúrájának összhangban kell lennie a szükségletet tükröző egészségpolitikai prioritásokkal.

Az egészségügyi technológiák fejlődését olyan módon kell követnie a rendszernek, hogy az új eljárások esetén technológiaértékelési processzusnak kell igazolnia hatásosságát és hatékonyságát.

Az újonnan befogadott technológiák értékelésének vizsgálnia kell azt is, hogy az adott probléma kezelésére korábban alkalmazott eljárások milyen mértékben, ütemben válnak lecserélhetővé (folyamatos felülvizsgálat).³⁷³

Az eddig bemutatott, társadalombiztosítási jogviszony keretében igénybe vehető (beleértve államilag garantált szint) ellátási szint körébe nem tartozó ellátások képezik ezen ellátási szint tartalmát: az ide tartozó szolgáltatások esetében nem elsősorban az egyén egészségi állapotát javító vagy fenntartó, hanem az életminőség javítását szolgáló ellátásoknak van hangsúlyosabb szerepe. Ez a kategória biztosítja, hogy a beteg kívánságára, térítés ellenében akár a nem igazoltan hatásos, nem költséghatékony ellátások is elérhetőek, igénybe vehetőek legyenek. Továbbá ide tartoznak a rekreációs és szépségügyi célú ellátások, a hivatásos sportolók orvosi ellátása, valamint a foglalkozás-egészségügyi ellátás.

E kategória kialakításakor fontos szerepe volt annak, hogy az államilag garantált, illetve társadalombiztosítási jogviszony keretében igénybe vehető szolgáltatásokat nyújtó ellátó kapacitás az egészségpolitikai prioritásoknak megfelelően, hatásos és költséghatékony szolgáltatások nyújtására épüljön ki. A biztosítási csomagba be nem kerülő ellátások pedig a szolgáltatási szint keretében vehetőek igénybe, nem terhelve a közösségi erőforrásokat.

Fontos hangsúlyozni, hogy az ezen az ellátási szinten elhelyezkedő beavatkozások és szolgáltatások esetében a térítéshez kötöttség nem jelenti azt, hogy az állam nem vállal aktív szerepet az ellátásban.

Az állami szerepvállalás jelen esetben a szervezés-ellátás-finanszírozás felől az ellenőrzés-minőségbiztosítás-szabályozás szerepköre felé tolódik el. Az állam fontos tényezője lehet a kötelező és a térítés melletti szintek összehangolásának és a fogyasztóvédelemnek. Nem elhanyagolható azonban annak a szabályozási munkának a volumene (gondolva itt elsősorban a részletesen kidolgozott szakmai és finanszírozási eljárásrendekre), amely a közintézményekben végzett ilyen típusú, és a biztosítási jogviszony keretében igénybevett ellátások közötti határvonal kérdéseit rendezi.³⁷⁴

³⁷³ Meg kell jegyezni, az államilag garantált szolgáltatási szinthez tartozó ellátásoknak is a technológiai értékelés szerint igazoltan hatásosnak és költséghatékonyaknak kell lenniük.

³⁷⁴ Szempontok az egészségügyi vállalkozások létrehozásához és az egészségügyi szolgáltatók privatizációjához. In: Magyar Orvos. 1998. 6. évf. 5. sz. 2. p. Magyarország, Népjóléti Minisztérium.

4.2. A magyar egészségügyi ellátás finanszírozásának általános szabályai

4.2.1. Bevezető

Az előző részben bemutatásra kerültek az egészségügyi rendszerek finanszírozásával kapcsolatos általános ismeretek. Ebben a részben a hatályos magyar társadalombiztosítási finanszírozás szabályai kerülnek bemutatásra, amelyek minden évben változnak, de az alapelemek és az elvek állandónak mondható. Az elmúlt években a jogalkotó igyekezett a finanszírozás eszközeivel elérni a megelőzés előtérbe kerülését, de eddig ezt nem sikerült maradéktalanul megoldania.³⁷⁵

4.2.2. Az egészségügyi szolgáltatók finanszírozására vonatkozó jogszabályi előírások, a finanszírozási szerződés:

A megyei (fővárosi) egészségbiztosítási pénztár (a továbbiakban: MEP) finanszírozási szerződést köt, ha az egészségügyi szolgáltató működési engedéllyel rendelkezik, valamint nincs olyan köztartozása, amely esedékességének időpontja hatvan napnál régebben lejárt és megfelel a finanszírozásra vonatkozó egyéb feltételeknek.

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (a továbbiakban: OEP) készíti el a szolgáltatókkal kötendő finanszírozási szerződést. A szerződés két részből áll, az egyik a felek általános jogait és kötelezettségeit tartalmazó rész, illetve a másik a szerződés egyedi tartalmát meghatározó rész. Az OEP a szerződés általános részének tervezetét az önkormányzatokkal és a szolgáltatók érdekképviselői szervezeteivel a szerződéskötést megelőzően 30 nappal előzetesen egyeztetni. A szerződés általános részének jóváhagyásához a Magyar Orvosi Kamara egyetértése szükséges. Ezt az egyeztetési eljárást a felek általános jogaira és kötelezettségeire vonatkozó módosítás esetén is le kell folytatnia az OEP-nek.

A finanszírozási szerződésben meg kell határozni:

a) a területi ellátási kötelezettséget és a rendelkezésre állás megjelölését, a körzetenkénti helyettesítés, illetve az ügyeleti ellátásban való részvétel rendjét,

³⁷⁵ Ahhoz, hogy a magyar társadalombiztosítási finanszírozás lényegét kellően megértsük elengedhetetlen a rá vonatkozó legfontosabb jogszabály, az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet (a továbbiakban: Korm. rend.) ismerete.

b) a szolgáltatás nyújtásához rendelkezésre álló, a finanszírozás szempontjából jelentős feltételeket,

c) a táppénzfizetés alapjául szolgáló keresőképeség elbírálására, a gyógyszer, gyógyászati segédeszköz és gyógyászati ellátás támogatással történő rendelésre jogosult személy azonosító adatait,

d) az egészségügyi szolgáltató adatszolgáltatási kötelezettségét, illetve

e) a külön jogszabály rendelkezései szerinti feltételeket,

f) az elszámolható szolgáltatások mennyiségi korlátait,

g) azt, hogy a szerződő egészségügyi szolgáltató jogosult-e gyógyászati segédeszközt az egészségügyi ellátás keretében kiszolgáltatni,

h) a szerződés hatályát, a módosításra és felmondására vonatkozó rendelkezéseket, a szerződés megszűnése esetén követendő eljárást, a szerződésszegésen alapuló igények érvényesítési rendjét.

A finanszírozási szerződés mellékletét képezi:

a) az egészségügyi szolgáltató működési engedélye,

b) amennyiben az egészségügyi szolgáltató az egészségügyi közszolgáltatásért felelős szervvel az egészségügyi közszolgáltatás nyújtására egészségügyi ellátási szerződést kötött, ennek a szerződésnek a másolata,

c) az egészségügyi szolgáltató arra vonatkozó nyilatkozata, hogy van-e olyan köztartozása, amely esedékességének időpontja hatvan napnál régebben lejárt,

d) az egészségügyi dokumentáció vezetésének rendjéről szóló tájékoztató.

A finanszírozási szerződés módosítását bármelyik fél kezdeményezheti, de szakellátás esetén figyelemmel kell lenni a kapacitás-lekötési megállapodásra. Az egészségügyi szolgáltató köteles bejelenteni, ha a működési engedélyét módosították, a személyi és tárgyi feltételek változását, ha az a finanszírozott feladatkör ellátását érinti. Amennyiben a szolgáltató ezt a kötelezettségét elmulasztja, köteles az ebből eredő finanszírozási többletet visszatéríteni.

A finanszírozási szerződéssel rendelkező egészségügyi szolgáltató köteles továbbá azt is bejelenteni az illetékes megyei egészségbiztosítási pénztárnak, hogy a köztartozása lejárt, valamint hogy milyen változás következett be a lejárt esedékességű köztartozásában. A

menyiben az egészségügyi szolgáltató ezen kötelezettségének legkésőbb a köztartozás esedékessége időpontjának lejártától, illetve a már lejárt esedékességű köztartozásban bekövetkezett változás időpontjától számított harminc napon belül nem tesz eleget, az egészségbiztosító a törvény erejénél fogva, mérlegelési jog nélkül köteles a finanszírozási szerződést felmondani. Ugyanez a következménye annak is, ha az egészségügyi szolgáltató a lejárt esedékességű köztartozását nem egyenlíti ki kilencven napon belül. Köztartozás alatt olyan, törvényben meghatározott, az államháztartás alrendszereinek költségvetéseiből (például az Egészségbiztosítási Alapból) ellátandó feladatok fedezetére előírt fizetési kötelezettséget kell érteni, amelynek megállapítása, ellenőrzése, behajtása bíróság vagy közigazgatási szerv hatáskörébe tartozik. Köztartozás az is, ha az államháztartás alrendszereinek költségvetése terhére jogosulatlanul igénybe vett támogatás megfizetését az arra hatáskörrel rendelkező szerv elrendeli és azt a kötelezett a megadott határidőig nem teljesíti.³⁷⁶

Az egészségügyi szolgáltató az általa ellátott betegekről és a nyújtott szolgáltatásokról az elszámoláshoz előírt nyilvántartásokat vezeti. A finanszírozással kapcsolatos, személyes adatokat nem tartalmazó nyilvántartásokat a szolgáltatónak legalább 5 évig meg kell őriznie.³⁷⁷

Finanszírozott teljesítményként a finanszírozási szerződésben meghatározott és ténylegesen teljesített szolgáltatás számolható el a taj-szám feltüntetésével, ha annak megtérítésére jogszabály alapján más nem köteles. Újszülött ellátásának jelentése taj-szám hiányában a szülést követő 6. hónap utolsó napjáig, illetve ismeretlen taj-számú elhunyt személy elhalálozásának és boncolásának jelentése az OEP által meghatározott elvek szerinti kód alkalmazásával történik. Ha az ellátott személy vagy hozzátartozója a taj-számot az ellátást követő 15 napon belül nem mutatja be, a szolgáltató kezdeményezheti a rendelkezésre álló adatok (név, születési hely idő, stb.) alapján a taj-szám rendelkezésre bocsátását. Ebben az esetben a finanszírozótól megkapott taj-számon jelenti a teljesítményt. Ismeretlen, taj-számmal és a személy azonosításához szükséges adatokkal nem rendelkező személy esetén az adatlapot kell megküldeni a finanszírozónak. A finanszírozó a megküldéstől számított 60 napon belül ellenőrzést végezhet a szolgáltatás kifizetése előtt. Ha

³⁷⁶ Várhelyi Krisztina – Nagy Júlia – Mikola István – Bognár Ilona – Géher Pál: Az egészségügyi rendszer finanszírozásának forrásai, makroösszefüggései. In: Egészségügyi Gazdasági Szemle. 2000. 38. évf. 3. sz. 249-271. p.

³⁷⁷ Az OEP a szolgáltató részére a fixdíjat és a teljesítménydíjat havonta az államháztartás rendjéről szóló 217/1998. (XII. 30.) Korm. rendelet szabályai szerint utalványozza, és a jelentés leadását követő második hónap első napján a Kincstár a szolgáltató számlájára utalja.

eddig az időpontig az ellenőrzést nem végzi el, a nyújtott szolgáltatás díját ki kell fizetnie a szolgáltatónak. A szolgáltató az általa megküldött adatok valódiságáért felelős.

A biztosítottak nem minősülő külföldi állampolgár részére sürgős szükség esetén nyújtott ellátás után a szolgáltató akkor jogosult térítésre, ha az ellátott személy arra nemzetközi szerződés alapján jogosult. A nemzetközi szerződések listáját az OEP tájékoztatóban teszi közzé. Ebben az esetben a nyilvántartásba fel kell venni az ellátott személy nevét, állampolgárságát és útlevelének számát.

Adathiány vagy hibás jelentés miatt a szolgáltató a pótlólagos elszámolás iránti igényét legfeljebb a teljesítés hónapját követő második hónap 10. napjáig küldheti meg. Adathiánynak minősül, ha a jelentett adatok a kötelezően jelentendő adatok nem teljes körét tartalmazzák. Ha az adathiány az elszámolást nem akadályozza a finanszírozó az elszámolással együtt figyelmeztető jegyzéket ad át a szolgáltatónak.

Hibás a jelentés, ha a szolgáltató, a szolgáltatást igénybe vevő, illetve az ellátás azonosítását biztosító adatok hibája miatt a teljesítmény elszámolása lehetetlen. Az el nem számolható hibás vagy hiányos tételekről a finanszírozó listát készít. A listán szereplő esetek csak a hiba javítása vagy a hiány pótlása után számolható el. Az elszámolás a hibákat kijavító tételek megküldése után történik. A javított tételek elszámolása az általános szabályok szerint történik azzal, hogy a már korábban elszámolt tételt módosító javításoknál csak a különbözetet lehet elszámolni. Az elszámolásra már beküldött adat javítása, illetve a technikai okból feldolgozhatatlan adat pótlása az elszámoló által megküldött hibalista, illetve a szolgáltató kezdeményezésére a teljesítés hónapját követő negyedik hónap 10. napjáig nyújtható be.³⁷⁸

Ha a szolgáltató a teljesítményét nem számolta el határidőben, a finanszírozó évente legfeljebb két esetben – utólagos elszámolás mellett – kérelemre előleget folyósít. Ennek összege legfeljebb a tárgyévet megelőző évi teljesítménydíj egyhavi átlagának egyharmada lehet.

A MEP (fő)orvosai orvos-szakmai kérdésekben ellenőrzik az egészségügyi szolgáltatások szerződés szerinti teljesítését. Az ellenőrző orvos jogosult a szolgáltatásokhoz szükséges

³⁷⁸ A teljesítmények elszámoló által történő adatfeldolgozása során elkövetett hibák kijavítását az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendeletben meghatározott, az adott ellátásra vonatkozó elszámoláskor hatályban lévő, finanszírozási szabály hatályának idejére visszamenőleg kell elvégezni. A javított tételek elszámolása a hibás elszámolás időszakában érvényes forintértékkel történik.

személyi és tárgyi feltételek vizsgálatára, a biztosított ellátására vonatkozó dokumentumokba és az elszámolás alapjául szolgáló nyilvántartásokba való betekintésre, a biztosított vizsgálatára.

A MEP orvos-szakmai kérdésekben hatáskörrel nem rendelkező egyéb ellenőrei jogosultak ellenőrizni a szolgáltatásokhoz szükséges személyi és tárgyi feltételeket, a biztosított ellátására vonatkozó dokumentumokat és az elszámolás alapjául szolgáló nyilvántartásokat, az egészségügyi szolgáltatások elszámolási rendjét, az elszámolás valódiságát, a folyósított pénzeszközök felhasználásának pénzügyi szabályszerűségét és elkülönítését.

Az egészségügyi szolgáltató a finanszírozás keretében kapott összeget más pénzeszközeitől elkülönítetten kell, hogy kezelje. A finanszírozás keretében folyósított összeg csak a finanszírozási szerződésben foglalt feladatokra használható fel. Ha az egészségügyi szolgáltató a finanszírozási szerződés alapján az Egészségbiztosítási Alapból (a továbbiakban: E. Alap) kapott összeget nem a szerződésben meghatározott egészségügyi szolgáltatásokra használja fel, köteles a kapott összeget az E. Alap számára megtéríteni. Ezen túlmenően viselni kell a szerződésben és a jogszabályokban meghatározott egyéb jogkövetkezményeket is. Az egészségügyi szolgáltatónak meg kell térítenie az elszámolt ellátás finanszírozási összegét, ha az ellenőrzés során megállapítják, hogy a szerződésében nem szereplő ellátást, illetve más forrásból megtérülő, vagy el nem végzett szolgáltatást számolt el. Ugyancsak meg kell, hogy térítse az elszámolt ellátás finanszírozási összegét a szolgáltató, ha azt orvosszakmailag indokolatlanul, vagy nem a hatályos jogszabályoknak megfelelően nyújtotta, valamint ha nem a hatályos jogszabályoknak megfelelően járt el annak rendelése során.

Abban az esetben azonban, ha az egészségügyi szolgáltató az ellátást több, vagy magasabb összegű finanszírozásra jogosító jogcímen számolta el, csak a számára kifizetett finanszírozási többletet kell megtérítenie. A jogalap nélkül igénybe vett finanszírozás visszatérítési kötelezettséget von maga után. 2003. január 1-je után nyújtott szolgáltatásra a finanszírozás elszámolása során két éven belül érvényesíthető a visszatérítési kötelezettség. A finanszírozott egészségügyi szolgáltató az általa, vagy a támogatással történő rendelésre jogosult orvosa által a rendelésre vonatkozó jogszabályokban foglalt előírások megszegésével

rendelt gyógyszer, gyógyászati segédeszköz és gyógyászati ellátás után folyósított társadalombiztosítási támogatás összegét köteles megtéríteni.³⁷⁹

Ha a finanszírozó az ellenőrzése során azt állapítja meg, hogy a szolgáltató az adott ellátási esetet tévesen alacsonyabb összeg finanszírozására jogosító jogcímen jelentette, az ellenőrzés megállapításait tartalmazó dokumentum kézhezvételétől számított 30 napon belül a szolgáltató két évre visszamenőleg kezdeményezheti a különbözet megtérítését. A finanszírozó a végső elszámoláskor a területi ellátási kötelezettséggel rendelkező háziorvosi szolgáltatónak a finanszírozási szerződés megszűnését követően a szolgáltatóhoz bejelentkezett biztosítottak két hónappal korábbi állapotnak megfelelő száma alapján, egyhavi díjazást térít meg.

A nem finanszírozott egészségügyi szolgáltató gyógyszer, gyógyászati segédeszköz társadalombiztosítási támogatással történő rendelésére jogosult orvosa is köteles a rendelésre vonatkozó jogszabályokban foglalt előírások megszegésével rendelt gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, gyógyászati ellátás után folyósított társadalombiztosítási támogatás összegét megtéríteni. Amennyiben a jogosulatlanul rendelt és kifizetett támogatás összege azonban meghaladja a tárgyhónapban a 60 000 Ft-ot, a támogatás összegének megtérítése mellett a támogatással történő rendelésre való jogosultságot legfeljebb egy évre fel is kell függeszteni.

Amennyiben a kifizetett támogatás összege egy éven belül meghaladja a 600 000 Ft-ot, a támogatással történő rendelésre jogosító szerződést az egészségbiztosító felmondja. Ennél szigorúbb szabályok vonatkoznak arra az orvosra, aki gyógyszer vagy gyógyászati segédeszköz ismertető tevékenység végzésére irányuló jogviszonyban áll gyógyszer, vagy gyógyászati segédeszköz gyártóval, forgalmazóval, nagykereskedővel, illetve a gyógyszer vagy gyógyászati segédeszköz gyártó, forgalmazó, nagykereskedő felett jelentős befolyást biztosító tulajdoni hányaddal rendelkezik. Ha ugyanis egy ilyen orvos az ezen tevékenységével érintett termékkör tekintetében szándékosan jogosulatlanul rendelt, és az így kifizetett támogatás összege a tárgyhónapban meghaladja a 60 000 Ft-ot, a támogatással történő rendelésre való jogosultságát legfeljebb 2 évre fel kell függeszteni. Ha viszont ez az összeg egy éven belül meghaladja a 300 000 Ft-ot, a támogatással történő rendelésre jogosító szerződést fel kell mondani.

³⁷⁹ A finanszírozási szerződésben foglaltak megszegésének következményeiről a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény alapján a szerződés maga is rendelkezhet, így természetesen a szerződésben foglalt szabályokat is figyelembe kell venni szerződésszegés esetén.

Amennyiben a gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, illetve gyógyászati ellátás jogosulatlan rendelése közgyógyellátás jogcímen történt, a jogosulatlanul rendelt gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, gyógyászati ellátás után folyósított társadalombiztosítási támogatás összegén túl a közgyógyellátás jogcímcsoport előirányzatból finanszírozott összeget is meg kell téríteni. A megtérítendő összegeket minden esetben a mindenkorin jegybanki alapkamat kétszeresének megfelelő kamat terheli.

Amennyiben az egészségügyi szolgáltatónak a finanszírozási szerződésben meghatározott feladat ellátásához kapcsolódóan fizetési kötelezettsége keletkezik, 2003. január 1-jétől lehetőség van arra, hogy a finanszírozás keretében járó összeg 10%-a erejéig engedményezze a jogosult részére. Ennek feltétele, hogy a szolgáltató írásban engedményezési szerződést kössön a hitelezővel, és ezt a szerződést, a teljesítést megelőzően 30 nappal benyújtsa a finanszírozónak.

Az engedményezés teljesítése érdekében a szolgáltató és a finanszírozó szerződés-kiegészítést köt. Az engedményezés összege nem haladhatja meg a szerződés-kiegészítés megkötésének kezdeményezését megelőző 12 havi finanszírozás összegéből számított egyhavi összeg 10%-át. Az engedményezésnek legalább 6 hónapra és havonta azonos összegre kell vonatkoznia. Egyidejűleg legfeljebb öt engedményezési szerződés köthető. Az engedményezett összeg tovább nem engedményezhető, és a szolgáltató az engedményezés ideje alatt csak a kedvezményezett fél jóváhagyásával módosíthatja a bankszámlaszámát.

***4.2.3. A háziiorvosi ellátás keretében végzett egészségügyi szolgáltatás konkrét finanszírozására vonatkozó szabályok:*³⁸⁰**

A háziiorvosi ellátás társadalombiztosítási finanszírozása szektorsemleges, tehát független attól, hogy a működtetés közalkalmazott orvosokkal, vagy vállalkozóként a társadalombiztosítással közvetlen finanszírozási szerződést kötő háziorvosokkal történik-e.

A finanszírozás megkülönbözteti a területi ellátási kötelezettséggel rendelkező, és a területi ellátási kötelezettség nélküli praxisokat. A területi ellátási kötelezettséggel rendelkező háziiorvosi szolgálatok jogosultak a teljes finanszírozásra, míg a területi ellátási kötelezettséggel nem rendelkező szolgáltatók nem részesülnek a fix díjból, és a területi pótlékból. Ezen túl a praxisba be nem jelentkezett betegek ellátása után sem számolhatnak el

³⁸⁰ Donkáné Verebes Éva: A háziiorvosi ellátás finanszírozása: In Egészségügy Menedzsment. 2000. 2. évf. 1. sz. 68-70. p.

ambuláns díjat, hiszen a területi ellátás nélkül dolgozó orvos esetében nem értelmezhető a területen kívüli beteg fogalma. A finanszírozási rendszerből fakadóan ezek a praxisok nem jogosultak az egészségügyi ellátás végzéséhez szükséges ingatlanok és eszközök után járó támogatásra sem.

Az önkormányzatok felelősségi körébe tartozó háziiorvosi ellátás finanszírozása az ún. duális finanszírozási körbe tartozik. Ez azt jelenti, hogy a működés feltételeiről az önkormányzatok kötelesek gondoskodni, míg a működtetés költségei a társadalombiztosítás oldaláról kerülnek be forrásként a praxisokba. A társadalombiztosítási finanszírozás céljellegű, tehát csak annak a körzetnek az érdekében használható fel, amelyik azt "megkereste". Ennek a szabálynak az önkormányzatok által működtetett körzetek esetében van jelentősége, mivel az egyik körzet többletéből nem fedezheti sem az egyéb önkormányzati feladatait, sem egy másik, esetleg egy kisebb bevétellel rendelkező körzet fenntartását sem. További fontos megszorítás a keret felhasználására, hogy a bevétel igazgatási költségekre sem fordítható. Mindez csökkenti az önkormányzatok érdekeltségét abban, hogy a háziiorvosi körzeteiket megtartsák közalkalmazotti körben. Ennek következménye, hogy a területi ellátási kötelezettséggel rendelkező háziiorvosi körzetek döntő többsége valamilyen vállalkozási formában működik.³⁸¹

Jelenleg az amortizáció nem szerepel a társadalombiztosítás költségvetésében.³⁸² A feladatot átadó önkormányzat számára folyamatos kötelezettségvállalást jelent az eszközök biztosítása. A meghibásodott, tönkrement, tehát használhatatlan eszközök javítása, pótlása az önkormányzat költségvetését terheli. Természetesen nem sorolható ide az eszközök, az ingatlan rendeltetésszerű használata folyamán felmerülő költségek. Ilyen költség, pl. az EKG készülék szalagcseréje, a víz- és villanyhasználat, fűtés költsége, kiégett égő cseréje. A meghibásodott EKG, vagy sterilizáló azonban nem alkalmas a működtetésre, ezért ennek javíttatása vagy pótlása az önkormányzat feladata, mivel a rendeltetésszerű működés feltételeit neki kell biztosítania. A "sima" javítás a működtető kötelezettsége, a felújítás jellegű javítás pedig az önkormányzaté.

Az amortizáció kérdése az egészségügyi rendszer átalakítása óta megoldatlan. Megoldatlanságából adódik, hogy a jelenleg működő háziiorvosi vállalkozások anyagi

³⁸¹ Kereszty Éva: Vásárlási kedvezmények a háziiorvosi praxis működtetéséhez. In: Családorvosi Fórum. 2000. május. 51-52. p.

³⁸² A minimum feltételeket az egészségügyi szolgáltatást nyújtó egyes intézmények szakmai minimum-feltételeiről szóló 21/1998. (VI. 3.) NM rendelet szabályozza.

teljesítőképességük felső határán pótolják azokat a költségeket, amelyek a fent leírtak pótlására szolgálnak. Ennek oka, hogy az önkormányzatok a háziiorvosi vállalkozások terjedésével egyre inkább kivonultak az eszközök és berendezések biztosításának kötelezettsége alól. Igyekeztek olyan szerződéseket kötni, amelyben a háziorvos vállalta az eszközök és feltételek biztosítását.

Ezt az állapotot vette figyelembe a Kormány, amikor rendeletet alkotott a háziorvosok, házi gyermekorvosok és fogorvosi alapellátási vállalkozások támogatásáról.³⁸³ A támogatást az igényelheti, aki fix díjra jogosult és tevékenységét nem közalkalmazottként végzi, tehát csak a területi ellátási kötelezettséggel rendelkező vállalkozó háziorvos, házi gyermekorvos és alapellátást végző fogorvos. Az eszköztámogatás feltétele, hogy a feladatot vállaló háziorvos nyilatkozzon arról, hogy a feladat átvállalása után az eszközökről, és működőképes állapotukról saját felelősségi körében fog gondoskodni, illetve ingatlan esetében az ingatlan tulajdonjoga legalább fele részben a praxist ellátó háziorvosi szolgáltató, vagy működtetési joggal rendelkező háziorvos tulajdona. Az eszköztámogatás mértéke különböző a háziorvosi és a fogorvosi szolgáltató esetében, elismerve a fogorvosi ellátás magasabb értékű eszközigényét. Az ingatlantámogatás mértéke azonos. A támogatás mértékét továbbá befolyásolja az is, hogy egy rendelőben egy, vagy több praxis működik-e.³⁸⁴

A háziorvosi praxisok fenntartását és üzemeltetését biztosító források három csatornából érkehetnek: az önkormányzatoktól, a lakossági befizetésekből, és a folyó költségekre pedig a megyei (főváros) egészségbiztosító pénztáraktól.

Az önkormányzatok a korábbiakban már ismertetett kötelezettségük révén jelentős forrásként szerepelnek a rendszerben, de ezt a kötelezettségüket a szabályozás hézagai miatt egyenetlenül teljesítik. Ők biztosítják a működési engedély feltételeit, a folyamatos működést, az eszközparkot. Ez ma már egyértelműen csak az önkormányzat által működtetett saját intézmény esetén igaz.

Nem zárja ki ugyanakkor egy jogszabály sem, hogy a lakosság érdekeit szem előtt tartó, és az alapellátás színvonalát javítani szándékozó önkormányzatok egyéb forrást is biztosítsanak az ellátás során – nem kizárva természetesen, hogy megegyezés esetén ezzel a

³⁸³ A 229/2001. (XII. 5.) Korm. rendelet szerint a háziorvosi szolgáltató a felhalmozási célú kiadásainak támogatására a minimumfeltételek körébe tartozó gép-műszer, berendezés, valamint a távoli hálózati hozzáférésre alkalmas személyi számítógép és a kulturált betegfogadást szolgáló berendezési tárgyak, illetve az ingatlan után támogatást igényelhet.

³⁸⁴ Szemerényi László: Rendelővásárlás és/vagy jogi garanciák, biztosítékok. Medicus Anonymus. 1997. 7. évf. 5. sz. mell. 13-14. p.

körzet kompetenciáját növelve az orvossal is magasabb szintű szolgáltatás nyújtására szerződést kössenek.³⁸⁵

Az önkormányzatok gondoskodnak a háziiorvosi ellátás folyamatosságát biztosító ügyelet működésének feltételeiről is. Az ügyelet társadalombiztosítási finanszírozását meghatározó – a későbbiek során ismertetésre kerülő – jogszabály ösztönző, és korlátozó elemeket tartalmaz annak érdekében, hogy az önkormányzatok a szakmai és lakossági elvárásoknak megfelelő ügyeletet biztosítsanak. Meghatározó tehát az önkormányzatok ez irányú döntése, azonos adottságokkal rendelkező területek finanszírozása is igen eltérő lehet, ha az önkormányzati szándék más.

Nincsenek jelenleg kötelező szabályok arra vonatkozóan, hogy milyen ügyeleti rendszert kell biztosítani az egyes területeken, azt viszont ösztönzi a jogi környezet, hogy a háziiorvosi ügyelet a betegek, és az ellátók számára is nagyobb biztonságot, magasabb szintű szakmai lehetőséget biztosító központosítás felé mozduljon el. Ez a tendencia nemcsak a háziiorvosi ellátás vonatkozásában támogatandó. Világosan látszik a háziiorvosi ügyeleti szolgálathoz – az ország különböző földrajzi adottságai miatt másként el nem látható vidékein – hasonlóan a sürgősségi betegellátás terén is vannak elvárások.³⁸⁶ Ezek a követelmények nem várhatók el a megfelelő felszereltséggel, és kiképzettséggel nem rendelkező, összevont vagy készenléti ügyeleti szolgálatoktól.

A háziiorvosok által nyújtott szolgáltatások jelentős részét a társadalombiztosítás finanszírozza, ezeket térítésmentesen kell a betegek számára nyújtani. Más esetekben a praxisoknak lehetőségük van a lakosságtól közvetlenül legális bevételekre is szert tenni. A bevétel származhat a részleges térítési díjból, illetve az ellátás teljes térítési díjából.³⁸⁷

A biztosított által térítési díj megfizetése mellett igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások díját arra tekintettel kell megállapítani, hogy az adott ellátás keretében a biztosított részére nyújtanak-e olyan szolgáltatást, amelyre a biztosított térítésmentesen jogosult. A megállapított részleges térítési díjak az egészségügyi szolgáltató bevételeit képezik. A szolgáltató a finanszírozási szerződés alapján nem számolhatja el a részleges térítési díj ellenében nyújtott szolgáltatás részleges térítési díjjal fedezett részét.

³⁸⁵ Ilyen lehet bizonyos kiegészítő felszerelések, mint pl. fizioterápiás készülékek, laborberendezések stb. használata.

³⁸⁶ Ami jelenleg állami feladatként az Országos Mentőszolgálat feladatkörébe tartozik

³⁸⁷ A részleges, vagy teljes térítés ellenében igénybe vehető ellátásokat a térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatás térítési díjáról szóló 284/1997. (XII. 23.) Korm. rendelet határozza meg.

A térítési díjat az egészségügyi szolgáltató a betegek számára hozzáférhető módon hozza nyilvánosságra. A teljesítés előtt az érintettet külön tájékoztatni kell a térítési díj várható mértékéről. Az ellátás után a beteg számára számlát kell adni, ami tartalmazza az igénybe vett szolgáltatást, és az azért fizetendő forintösszeget. A szolgáltatás fedezete biztosítása érdekében a szolgáltató előleget kérhet. Ha a térítés díját a szolgáltatónak nem fizetik meg, annak behajtásáról a szolgáltatónak kell gondoskodnia.

Részleges térítési díjat kell fizetni, ha a beteg kizárólag beutalóval igénybe vehető ellátást beutaló nélkül veszi igénybe, illetve nem a beutalás szerinti egészségügyi szolgáltatónál veszi igénybe. Ezen térítési díjak mértékét az egészségügyi szolgáltató – a fenntartóval egyetértésével – legfeljebb 30%-kal megemelheti. A biztosított részleges térítési díj mellett jogosult orvosi beutalás alapján finanszírozott szolgáltató ápolási osztályán való elhelyezésre, ha az állapota ezt indokolja. A részleges térítési díj mértéke 400 Ft/nap. Ennek alapján a beteg jogosult az elhelyezésre, az ápolásra, ideértve a szükséges gyógyszereket és az étkezést is.

Vannak olyan egészségügyi szolgáltatások, amelyek a kötelező egészségbiztosítás terhére nem vehetők igénybe. Ilyen, pl. a gépjárművezetői engedélyhez szükséges orvosi vizsgálat, a jogosítvány érvényességéhez szükséges vizsgálat, a lőfegyver tartásához szükséges orvosi igazolás kiadása, látület készítése.

A háziorvosi ellátás különválása az egészségügyi ellátórendszeren belül magával hozta a finanszírozás önállóvá válását. Gyakorlatilag 1992 óta létezik a teljesen elkülönült háziorvosi kassza, amely biztosítja a bevételek és kiadások tervezhetőségét, a fejlesztéseket.

Ma a háziorvosi terület az, ahol a résztvevők világosan láthatják saját mozgásterüket, pontosan meghatározottak azok a körülmények, amikor a szerződéskötésre sor kerülhet, és azok is, amikor nem. A biztosító a feltételek megléte esetében megköti, a feltételek hiánya esetében nem köti meg a finanszírozási szerződést, amely határozatlan időre szól, és amíg a körülmények nem változnak, a szolgáltató a szolgáltatás nyújtására, illetve annak finanszírozására jogosult.

Folyamatos ellátáshoz az is szükséges, hogy a háziorvos részt vegyen az ügyeleti ellátásban. Nem kell a háziorvosnak részt vennie az ügyeleti ellátásban, ha az önkormányzat, az önkormányzati társulás, vagy annak egészségügyi intézménye nyilatkozik arról, hogy nem tart igényt a részvételre, vagy az ügyelet ellátásának teljes körére ellátási szerződést kötnek más szolgáltatóval.

Területi ellátási kötelezettséggel működő háziorvosi szolgálat finanszírozására a MEP a körzet lakosainak igazolt száma alapján köt finanszírozási szerződést. A körzetek kijelölése az önkormányzat feladatkörébe tartozik, arról helyi rendeletet kell alkotnia.

A területi ellátási kötelezettséggel működő új háziorvosi szolgálatra akkor köthető finanszírozási szerződés, ha a szolgáltató 14 év feletti lakosok esetében 1200-1500 főt (felnőtt körzet), életkori korlátozás nélkül 1200-1500 főt (vegyes körzet), 14 év alattiak közül 600-800 főt (gyermek körzet) lát el. A körzethatárok módosítása, vagy új körzet kialakítása esetén az önkormányzatoknak rendelkezniük kell a körzetek megosztásáról, a szolgáltatónak pedig kezdeményeznie kell a szerződés módosítását.³⁸⁸

Területi ellátási kötelezettség nélküli háziorvosi szolgálat finanszírozására a finanszírozó akkor köt szerződést, ha legalább 200 biztosított, vagy azok törvényes képviselője írásban arról nyilatkozik, hogy őt kívánja háziorvosnak választani, és a háziorvos személyesen biztosítja az ellátást. Ha 200 főt nem éri el a nyilatkozók száma a finanszírozási szerződés a MOK területileg illetékes szervének a beleegyezésével is megköthető. Ha a finanszírozási szerződés megkötését követő 6. hónapban sem éri el a 200 főt, vagy az később csökken 200 fő alá a MOK illetékes szervének véleménye alapján lehet a szerződést felmondani vagy fenntartani.

A háziorvosi szolgáltatásért járó ellenérték több elemből tevődik össze. Függsz a finanszírozás attól is, hogy a háziorvos területi ellátási kötelezettséggel, vagy anélkül működik, illetve hajléktalan ellátásra kötötték-e.

Fix díjnak nevezzük a jogszabályban meghatározott összegű havi díjazást. A fix összegű díj nagysága annak függvénye, hogy a praxis mely lakosságcsoport ellátására jött létre, illetve mekkora a körzetnek (tehát az orvos számára az önkormányzat által kijelölt területnek) a lakosságszáma. A fix díj mértéke eltérően alakul attól függően, hogy felnőtt körzetről, gyermekkörzetről, vagy vegyes körzetről van-e szó. Az egyes körzeteken belül további differenciálódás figyelhető meg, attól függően is, hogy hány fő tartozik az adott körzethez. Az így kialakított körzetek szerinti összegeket növelni kell:

a) tíz százalékkal, ha a háziorvosi rendelő önálló épületben működik, illetve olyan épületben van, ahol nincs másik E. Alapból finanszírozott tevékenységet folytató szolgáltató,

³⁸⁸ Új körzet létesítése esetén kizárja a Kr. a finanszírozási szerződés megkötését, ha az új körzet létesítésének következtében valamely meglévő körzet lakosságszáma felnőtt, és vegyes körzet esetén 1200, gyermekkörzet esetén 600 fő alá csökken.

b) 30 százalékkal, ha a háziiorvosi körzet orvosa több telephelyen folytatja tevékenységét.

Ugyancsak támogatást biztosít az E. Alap a betegek orvos általi felkeresése költségei fedezetére. Ezt területi kiegészítő díjazásnak nevezik.

Amennyiben a háziiorvosi körzet lakosságának legalább 25 százaléka községben lakik, vagy a körzethez külterületi lakott hely is tartozik, a háziiorvosi szolgáltató a magasabb összegű területi kiegészítő díjra jogosult.

Az egy éven túl helyettesítéssel ellátott praxis a fix összegű díj 60 százaléka jogosult. A fix díj folyósítása szempontjából nem tekinthető tartós helyettesítésnek, ha a praxis ellátására a szolgáltató teljes munkaidőben másik szakorvost foglalkoztat.

A praxisba bejelentkezett személyek után, attól függően, hogy azok melyik korcsoportba tartoznak, a praxis díjazásra jogosult.³⁸⁹ Mértékét befolyásolja az aktuális hónapban a biztosító által finanszírozott betegek száma, a körzet lakosságszámától függően a degresszió, illetve az orvos képzettségétől függően az ún. szakképesítési szorzó.

A háziorvos akkor jogosult a hozzá bejelentkezett biztosított után díjazásra, ha szabályszerűen felvette a törzskartont, illetve gyermek-egészségügyi törzslapot. A háziorvos a díjazás ellenében köteles a jogszabályokban meghatározott feladatokat ellátni, különösen a gyógyítás, a gondozás, a megelőzés, és a szűrési feladatokat, és ezekről havonta összesített adatokat szolgáltatni a tárgyhónapot követő hónap 10. napjáig.

Alapesetben a díjfizetés alapjául szolgáló pontszámot a létszám alapján megadott korcsoportonkénti pontszám és a szakképzettségi szorzó szorzataként kell meghatározni. A jogalkotó nem támogatja a túlzottan nagy létszámú körzetek megalakítását, mert a betegellátás színvonala csökkenhet. Ha a háziorvoshoz bejelentkezett biztosítottak korcsoportonkénti pontszáma meghaladja a 2400 pontot, illetve vegyes körzet esetén 2600 pontot degressziót kell alkalmazni. A degresszió számításánál az adott háziorvoshoz bejelentkezett valamennyi biztosítottat figyelembe kell venni, függetlenül attól, hogy azok ellátására egy, vagy több rendelőben, illetve azonos, vagy eltérő rendelési időben kerül sor.

Új körzet esetén a díjazást az OEP a körzet kialakítását követő egy éven át kiegészíti az adott típusú háziiorvosi körzetek előző évi teljesítménye szerinti átlagos havi díjazásának

³⁸⁹ A háziiorvosi rendszer kezdetekor, az akkor bevezetett, a háziorvos-választásnál is szerepet játszott biztosítási kártya után nevezték el "kártyapénz"-nek, és nevezik ma is, habár a kártya azóta már nem is létezik

mértékéig. Az első hónapra a fix összegű díjazás a következő hónap fix díjával együtt kerül utalványozásra.

A körzetben ellátott, de oda be nem jelentkezett betegek esetében eseti ellátási díjra jogosult a praxis. Eseti díj illeti meg a praxist a külföldi állampolgár ellátásáért is, ha a beteg az ellátásra nemzetközi egyezmény alapján jogosult. A háziorvos az ambuláns napló alapján jelenti az ellátást a következő hónap 10. napjáig számítógépes adathordozón kísérlőjegyzékkel.

Az OEP az adatokat összegyűjti, és az eseti ellátások számával elosztja az eseti ellátásra rendelkezésre álló havi keretösszeget. A kapott összeg, de legfeljebb 500 forint a tárgyhóban az egy eseti ellátásra kiutalható díj. A háziorvos részére az általa jelentett eseti ellátás száma, és az egy esetre jutó díj szorzata kerül utalványozásra legkésőbb a jelentés leadását követő hónapban.³⁹⁰

Területi ellátási kötelezettséggel rendelkező háziorvosi szolgálatok feladatainak ellátására létrejött egészségügyi társas vállalkozás az azonos telephelyen működő, és/vagy a területileg egymás mellett levő háziorvosi szolgálatokat praxisközösségben működtetheti. Erre tekintettel a MEP a finanszírozási szerződést módosítja.³⁹¹

A praxisközösséghez tartozó körzetek számára folyósított összeget együttesen kell kezelni azzal, hogy a finanszírozás során a degressziót az együttes létszámra kell számolni, illetve a praxisközösség valamely orvosához bejelentkezett biztosított tekintetében eseti ellátási díj nem számolható el, amennyiben a választott háziorvost a praxisközösséghez tartozó más háziorvos helyettesíti.

A praxisközösségben a degresszió számítása után a háziorvosok szakképzettségi szorzójának átlagával kell a díjazást megállapítani azzal, hogy a település létszámára vonatkozó mentesítés nem alkalmazható.³⁹²

Az OEP az ügyeleti szolgáltatás finanszírozására szerződést köt a területileg illetékes önkormányzattal vagy egészségügyi intézményével, illetve azzal, akivel az önkormányzat feladat átadási/átvállalási szerződést kötött.

³⁹⁰ Kincses Gyula: A háziorvosi privatizáció kiterjesztésének lehetőségei. In: Medicus Anonymus. 1999. 7. évf. 5. sz.mell. 13-14. p.

³⁹¹ Mikola József: Praxisorientált egészségügyi ellátás. In: Egészségügyi Gazdasági Szemle. 1997. 37. évf. 5. szám.

³⁹² Kereszty Éva: Vásárlási kedvezmények a háziorvosi praxis működtetéséhez. In: Családorvosi Fórum. 2000. május.

4.2.4. A szakellátások finanszírozása,³⁹³ A szakellátások típusai és azok finanszírozása

4.2.4.1. Járóbeteg-ellátás

A járóbeteg-ellátást nyújtó intézmények finanszírozása két különböző módon történik. Az egyik mód a feladatfinanszírozás, amelyet a gondozóintézeti tevékenységek esetén, a másik mód a teljesítményfinanszírozás, amelyet az általános járóbeteg-ellátás, a képalkotó diagnosztika (CT, MRI), művese-kezelés és az otthonápolás esetén alkalmaznak. A gondozóintézeti tevékenység feladatfinanszírozását a kapacitások fenntartásának közegészségügyi vonatkozásai indokolják. A teljesítményfinanszírozás a német egészségügyi rendszerből adaptált pontrendszeren alapul, amely a beavatkozások egyes fajtáira állapít meg pontértéket (ún. „német pontrendszer”), amelyek az egyes beavatkozások közötti költség-arányokat tükrözik (zárt fee-for-service rendszer, amelyben a finanszírozó rögzíti az egyes beavatkozások árarányait, és meghatározza a kifizethető összeget).³⁹⁴ A szolgáltatók bevétele három tényező függvénye, amelyből csak az egyikre van befolyásuk, a saját – pontértékben kifejezett – teljesítményükre, a másik kettőre, a többi szolgáltató teljesítményére, és a kasszában rendelkezésre álló összegre nem. Az ún. zárt kassza a kiadások korlátozására szolgál. E rendszer akkor tartható fenn, ha a teljesítmények keretek között tartását hatékony adminisztratív eszközök is szolgálják. Fontos kiemelni, hogy az egy finanszírozási eset több beavatkozás együttese.³⁹⁵

A járóbeteg-ellátásban az elvégzett részszolgáltatások, (beavatkozás, tevékenység) az elszámolás során alkalmazott mérési egység alapja. A járóbeteg-ellátás felelőssége meghatározott ellátásra, ellátás sorozatra korlátozódik, nem terjed ki a beteg teljes életútjára. Ezen mérési egységeket az Orvosi Eljárások Nemzetközi Osztályozása (OENO) alapján került honosításra, és a német minta alapján pont lett hozzárendelve. A pontszámok arányosak az elvégzett munka mennyiségével és minőségével.

A járóbeteg-ellátás keretében végzett klinikai, valamint diagnosztikai és terápiás szakrendelések tételes jelentést küldenek az OEP részére az elvégzett egészségügyi szolgáltatásokról. Ezt az OEP ellenőrzi, a Szabálykönyvben foglaltak szerint szűri, és elszámolja. Az egy teljesítmény-egység forintértéke meghatározott tételes díj. A finanszírozó

³⁹³ Varga Imre: Rendszerelméleti kérdések és javaslatok a járóbeteg szakellátás privatizációja kapcsán. In: IME. 2004. 3. évf. 8. sz. 8-11. p.

³⁹⁴ Szánthó András: Gondolatok a járóbeteg ellátásról és annak privatizációjáról. In: Látlelet: 2000. 44. évf. 6. sz. 7. p.

³⁹⁵ Magyarország Egészségügye és Szociális Rendszere. Készítette: Országos Egészségügyi Információs Intézet és Könyvtár. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet. 2003. december. 47-48. p

a beküldött jelentés alapján, a járóbeteg-szakellátás tevékenységi kódlistájának alkalmazásáról közzétett Szabálykönyv³⁹⁶, és a vonatkozó jogszabályok szerint állapítja meg a finanszírozandó pontszámot. A szolgáltató a finanszírozandó pontszám, és a havi aktuális pontjának forintértéke alapján teljesítménydíjra jogosult.

Az orvosi klinikai laboratóriumi és a mikrobiológiai tevékenység teljesítménydíjazása a járóbeteg-szakellátási előírányzaton belül, az e feladatra meghatározott elkülönített előírányzat terhére valósul meg. Az egy teljesítmény-egység forintértéke a rendelkezésre álló havi keret és az országos teljesítmények hányadosa alapján kerül kiszámításra.

A gondozók finanszírozása, bár tételes jelentési kötelezettségük fennáll, fix díjjal történik. A teljesítményhez igazodó finanszírozás elkezdődött, de teljesen csak 2004-től került bevezetésre.³⁹⁷

A diagnosztika területéről a nagy értékű eszközigény miatt a CT és MRI finanszírozása tartozik ebbe a körbe. Az OEP gyógyító-megelőző kasszájában önálló finanszírozási tételként 1996-ban jelentek meg a képalkotó diagnosztikai eljárások, a komputertomográf (CT) és a mágneses magrezonancia (MRI) vizsgálatok.³⁹⁸ A járóbeteg-ellátás elszámolásával analóg módon, elkülönített előírányzat meghatározásával saját pont forintértékkel. Az elszámolás legfeljebb a finanszírozási szerződésben meghatározott gépkapacitás, és üzemidő által elvégezhető teljesítménynek megfelelően történhet. A pont forintértéke a rendelkezésre álló előírányzat egy havi összegének a jelentett teljesítményekkel osztott hányadosa.

4.2.4.2. Fekvőbeteg-ellátás

A fekvőbeteg-ellátást alapvetően a kórházak nyújtják. A kórházak tulajdonosai elsősorban az önkormányzatok, másodsorban az állam, amelynek képviseletében a szakminisztérium gyakorolja a klinikák és az országos intézetek feletti tulajdonjogot. Magyarországon jelentős számban léteznek egyházi és alapítványi tulajdonban lévő kórházak is, bár ezek ágyszáma csekély (ez utóbbiakat, mint magán non-profit intézményekként lehet meghatározni), illetve van magántulajdonban lévő kórház is (magán for-profit). Szemben számos olyan országgal, ahol az egészségügyi rendszer társadalombiztosításként van megszervezve, az Országos

³⁹⁶ 8005/2002. (EüK. 23.) ESzCsM tájékoztató, illetve a fogászati ellátás tevékenységi kódlistájának alkalmazásáról a 8005/2002. (EüK. 10.) EüM tájékoztató

³⁹⁷ Baráth Lajos – Kövi Rita: Az önálló járóbeteg szakellátás néhány menedzsment- és finanszírozási problémája. In: IME 2005. 4. évf. 4. sz. 29-33. p.

³⁹⁸ Magyarország Egészségügye és Szociális Rendszere. Készítette: Országos Egészségügyi Információs Intézet és Könyvtár. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet. 2003. december. 49. p.

Egészségbiztosítási Pénztár nem kórháztulajdonos. A társadalombiztosítás tulajdonosi körből való kiszorulása 1990-ben, a helyi önkormányzatokról szóló törvény elfogadásával dőlt el, amely a kórházakat a megyei és települési önkormányzatok tulajdonába adta.

A magyarországi egészségügyi rendszer működésének egyik alapelve, hogy a folyó kiadásokat az OEP finanszírozza (az nem tartalmazza az amortizáció fedezetét), a tulajdonosok, elsősorban az önkormányzatok pedig a tőkekiadásokat állják. Állami kórházak esetén az állami költségvetés elvileg tartalmazza e kiadásokat, míg az önkormányzatoknak ezt saját (nem nevesített) bevételeikből kell biztosítaniuk. A megyei önkormányzatoknak erre nagyon csekély lehetőségük van (a megyék költségvetésének általában több mint felét teszi ki a megyei kórházak költségvetése), számukra a központi költségvetésből elnyerhető címzett, és a céltámogatások jelentik a szükséges források megszerzésének lehetőségét.

A fekvőbeteg-ellátás finanszírozása 1993. július 1. előtt a globális költségvetés elve alapján történt: a kórházak folyamatos működésükre meghatározott éves költségvetést kaptak, amelynek nagyságát időről-időre felülvizsgálták, és ennek során a régi mértékből indultak ki (ún. bázisfinanszírozás). Ezt a módszert az aktív fekvőbeteg-ellátásban 1993. július 1-től fokozatosan a teljesítményfinanszírozás váltotta fel, amely 1998. február óta tekinthető teljesnek. A teljesítményfinanszírozás lényege, hogy a kórházak bevétele az általuk kezelt betegek számától, és a számukra nyújtott ellátás bonyolultságától függ. A teljesítményfinanszírozás a Homogén Betegségcsoportok (HBCs) besorolási rendszeren alapul, amely az USA-ban 1983 óta a 65 éven felülieknek egészségügyi ellátást nyújtó Medicare finanszírozási rendszerében alkalmazott DRG (Diagnosis Related Groups) besorolás adaptációja. A HBCs esetosztályozási rendszer, amelyben a betegségeket (kórházi eseteket) gyógyításuk szakmai tartalma és költségessége szempontjából homogén csoportokba sorolják, majd számos tényező figyelembe vételével (diagnózis, beavatkozás, bizonyos esetekben a beteg életkora etc.) meghatározzák az egyes csoportok költségességének egymáshoz viszonyított arányát ún. súlyszámok alkalmazásával. A kórház teljesítménye az általa nyújtott kezelések súlyszámainak összege, amelyért az OEP e súlyszámok, és az előre meghirdetett alapidj szorzatának megfelelő összeget fizet. A költségek kézben tartása érdekében azonban a kórházi kassa zárt, a kifizetések nem léphetik túl az előre meghatározott mértéket (teljesítmény volumenkorlátozás – TVK), amit ún. korrekcióval (korrekciós szorzókkal) is elősegítenek. A HBCs képzésnek tehát az alapja az orvos-szakmai azonosság és a költségigényesség homogenitása. Az aktív fekvőbeteg-szakellátás osztályon

végzett gyógyító tevékenység a HBCs szerint kerül elszámolásra országosan egységes súlyszám forintértékkel.³⁹⁹

A teljesítményfinanszírozás számos előnnyel rendelkezik. Ilyen az, hogy költséghatékonyságra ösztönöz (ami nagyrészt a gyógyítás minőségi elemeinek fokozottabb érvényre juttatásával érhető el), mivel a megtakarítás az intézménynél marad. A kórház szempontjából fontos a tervezhetőség, a kiszámíthatóság növekedése. Vannak azonban hátrányai is, elsősorban az, hogy indokolatlan teljesítménynövekedésre ösztönöz. Az adott HBCs-verzió hibáitól függően pedig a kórházak hajlamosak más intézmény felé terelni a „rosszul fizető” betegségekben szenvedőket.⁴⁰⁰

A teljesítményfinanszírozás tehát a Homogén Betegségcsoportok rendszerén nyugszik, amely rendszer alapvetően kifejtette a remélt hatásokat, mivel képes volt szolgáltatásegységként működni. Megfelelően működött, mint a kórházak aktivitásának összehasonlítási, elemzési eszköze, összhangot teremtett a felelősség és a finanszírozás között. A források allokációja követte a betegek mozgását. A paraméterek betöltötték a szabályozó funkciót. Az ellátott esetek ápolási ideje csökkent, az egyéb erőforrások felhasználásában is megjelentek a hatékonysági elvárások teljesüléseinek jelei. Szükséges azonban néhány területen a további előrelépés. Ezek a díjak egységesítése, az amortizációs költségek beépítése, a befejezett, minőségi ellátás támogatása, valamint a rendszer összehangolása a többi ellátó finanszírozási és felelősségi rendszerével.⁴⁰¹

A teljesítményfinanszírozással szoros kapcsolatban van a kapacitások elosztásával. A döntően közfinanszírozott egészségügyi rendszerek esetében mindenhol megjelenik a gyógyítást szolgáló kapacitások szabályozása alapvetően két célból: egyrészt a megfelelő hozzáférés, a biztonságos ellátás érdekében, másrészt pedig a finanszírozhatóság fenntartása érdekében. A kapacitások tervezésének alapvető célja a hatékonyan működő, szükségletekre alapuló, ugyanakkor a rendelkezésre álló forrásokból finanszírozható kapacitások meghatározása. A tervezés a hatékonyság, a források korlátozott volta miatt szükségszerűen kapacitás korlátokat is tartalmaz. A szabályozás célja két nagy csoportra osztható:

³⁹⁹ Bordás István: A HBCs 4.3. hatástanulmánya. In: Egészségügyi Menedzsment. 2001. 3. évf. 2. sz. 26-28. p.

⁴⁰⁰ Magyarország Egészségügye és Szociális Rendszere. Készítette: Országos Egészségügyi Információs Intézet és Könyvtár. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet. 2003. december. 53-54. p.

⁴⁰¹ Egészségügy Magyarországon. Magyarország az ezredfordulón. Stratégiai kutatások a Magyar Tudományos Akadémián. Magyar Tudományos Akadémia, Budapest, 2001. 126. p.

ellátási standardok felállítása az ellátásokhoz való hozzáférés biztosítása érdekében (minimum szabályok):

A szabályozások egyaránt kiterjedhetnek az akut kórházi ágyakra, szakorvosi órákra, ugyanúgy, mint az orvosok számára, vagy a szolgáltatások fizikai elérhetőségére. Az ágyszámokat többnyire lakosságszámmra vetítve határozzák meg. Az elérhetőséget azonban földrajzi távolságokhoz is rendelhetik. Így előfordul, hogy adott földrajzi régióban, közigazgatási területen előírják egy intézmény működtetését az ágyszám/lakosságszám mutatótól némileg függetlenül. Az egyes szolgáltatások elérhetőségének időbeli meghatározás legáltalánosabb példája a sürgősségi ellátás adott időn belül történő teljesítésének előírása. A szabályozás tervezett/folyamatban lévő továbbfejlesztése során két alapvető paramétert vesznek figyelembe, a földrajzi hozzáférhetőséget és a kapacitás áteresztethezőségét.

A földrajzi hozzáférhetőség: a biztosított állandó lakhelye és a szolgáltató telephelye közötti távolságot jelenti. A szolgáltató földrajzi hozzáférhetőségét a közlekedési távolság percekben kifejezett időtartamával határozzák meg átlagos közlekedési viszonyokat figyelembe véve. A földrajzi hozzáférhetőség meghatározásánál figyelembe veszik a népsűrűség és a földrajzi jellegzetességeket nemcsak átfogó országos szinten, hanem a különböző területi egységek jellemzőit is.

A kapacitás-áteresztethezőség: a szolgáltató maximális kapacitását jelenti az egészségügyi ellátás nyújtására bizonyos időtartamra vonatkozóan meghatározott számú biztosított számára (például, ha egy specialistánál egy kivizsgálás 20 percig tart, akkor a rendelő áteresztethezősége 24 biztosított 8 óra alatt).

Korlátozó szabályok a kapacitások (és ezzel a kínálat) indokolatlan növekedésének megakadályozása érdekében.

Ebben az esetben az intézmények számát, illetve a legnagyobb költséggel működő intézmények, a kórházak ágyszámát illetően határoznak meg korlátokat. A kórházi ágyszám meghatározás többnyire országos feladatot jelent. Ahol a regionalitás jelentősebb szereppel bír (pl.: Svájc, Németország) az egyes közigazgatási régiók határozzák meg e kapacitásokat. Az ágyszámok meghatározásához a terület lakosságszámából, megbetegedési viszonyaiból, a betegségek kezelésére fordított ápolási időből kiinduló, az optimális ágykihasználtságot figyelembe vevő számítási módszereket alkalmaznak, amelyeket szakértő véleményekkel korrigálnak illetve egészítenek ki. Helyenként a kórházak, kórházi ágyszámok

meghatározására kórházi körzeteket hoznak létre. A kapacitás szabályozás eszköze a fejlesztések, ágyszám bővítések szigorú szabályozása.

A kapacitás meghatározás történhet tevékenységekhez kapcsolódóan is. Szabályozzák az egyes kórháztypusok (általános kórház, regionális kórház) tevékenységi körét, a nyújtható szolgáltatásokat. Az ellátások egy részét kötelezően nyújtandónak nyilvánítják, másokat (pl. intenzív ellátás) az alaptevékenységből kiemelik. Egyes nagy értékű, ritkábban előforduló, bonyolult tevékenységeket, beavatkozásokat országos szintre emelnek (szívsebészet, idegsebészet stb.). E tevékenységeknél mennyiségi korlátok is előfordulhatnak (adott intézmény mennyi beavatkozásra kap lehetőséget). A tevékenység szabályozás eszköze a minimum mennyiségek meghatározása, amely elsősorban a nyújtott ellátások minőségének biztosítását célozza. Adott intézmény egyes műtéti beavatkozásokat pl. csak akkor végezhet, ha megfelelő gyakorisággal foglalkozik a tevékenységgel.

A hozzáférés és a költségek szempontjából egyaránt az egészségügyi ellátórendszer legfontosabb jellemzői közé tartozik tehát a rendelkezésre álló kapacitások mennyisége és eloszlása, vagyis a kapacitásszabályozás Magyarországon is. A magyar egészségügyi rendszer szerkezetében (a magas gyógyszer-támogatási kiadások mellett) a legszembetűnőbb a költséges aktív fekvőbeteg-ellátás más európai országokban tapasztaltakhoz képest jóval nagyobb részaránya, illetve a fekvőbeteg-ellátás kiváltására alkalmas járóbeteg-ellátási formák, valamint a krónikus fekvőbeteg-ellátások szükségesnél kisebb mennyisége, és az utóbbiak sokszor elégtelen színvonala. Számos tényező, így a szolgáltatásokat nyújtó szakképzett munkaerő, a magas színvonalú betegség-felismerést és gyógyítást lehetővé tevő berendezések, az elérhető eljárások egyaránt a kapacitáskérdés összetevője; a szakellátási kapacitások szabályozásának rendszerváltás utáni első kísérlete a legkézenfekvőbbnek tűnő dimenziókat választotta beavatkozási irányként: a járóbeteg-szakellátási óraszámokat (rendelési időt), illetve a fekvőbeteg-ellátási ágyszámokat (főrhelyeket).

Az 1996. évi „kapacitástörvény”⁴⁰² különböző, a megbetegedési mutatókkal összecsengő területi, demográfiai, társadalmi adatok alapján számított képlettel állapította meg az egyes évekre vonatkozó megyei óraszám- és ágyszám-kvótákat, a megyei keretet az intézményfenntartókból álló egyeztető fórum osztotta fel konszenzus-mechanizmus útján. A rendszer felemás eredményt hozott: a túlméretezett fekvőbeteg-ellátási kapacitás ténylegesen csökkent (országosan mintegy tízezer ágygal), azonban ez a csökkenés nem járt együtt területi

⁴⁰² 1996. évi LXIII. törvény az egészségügyi ellátási kötelezettségről és a területi finanszírozási normatívákról

és szakmai ésszerűsítéssel, így a rendszer hatékonysága és igazságossága nem javulhatott számottevően.

A 2001. évi „salátatörvény”⁴⁰³ megpróbált választ adni az óra- és ágyszámokkal nem kezelhető kapacitáskérdésekre (így a technológiai fejlődésből adódó teljesítményrobbanásra), emellett elvetette a korábbi, számított megyei kvótákra nyugvó rendszert, és a meglévő struktúrát kiindulópontként elfogadva, az attól való eltéréseket – általában szigorú – feltételekhez kötötte, pályázati rendszert bevezetve a kapacitásnövelés esetében. Ez a rendszer mintegy bebetonozta az eredeti ellátószervezetet, kivételezett helyzetbe hozva a már működő ellátókat, és – néhány kivételtől eltekintve – szinte lehetetlenné téve új szolgáltatók finanszírozott körbe kerülését. A megadott teljesítményen túli szolgáltatásnyújtás degresszív finanszírozásának 2004. évi bevezetése és a volumenkorlát 2006. évi – az Egészségbiztosítási Alap stabilizációját szolgáló – totálissá tétele tovább merevítette a rendszert. A kapacitáskérdés tárgyalásakor kiindulópontként kell figyelembe venni a helyi önkormányzatok területi ellátási kötelezettségét.

Magyarországon kétféle kapacitást enged a jelenleg működő egészségügyi rendszer. Az egyik a működési engedélyben szereplő működési kapacitás, a másik pedig a finanszírozott kapacitás, mely kisebb-egyenlő a működési kapacitással. Az ellátóhálózat működési biztonsága és fenntarthatósága érdekében területi kapacitás normák – hozzáférési standardok kerültek meghatározásra (un. minimum ellátási hálózat). Kiemelésre kerültek az országos szinten kezelendő feladatok mint a mentés, a sürgősségi központok és a kiemelt, drága ellátások (PET, sugárterápia). Ezek elérhetőségi standardja országosan értelmezett, intézményre történő leosztása országos szerv (a minisztérium) által történik. A területi ellátáshoz tartozó egyéb fekvőbeteg-ellátások tekintetében lakos számra meghatározásra kerültek az adott régióban szükséges és elégséges számú kapacitások (a normák egyértelműen két célt szolgáltak: korlátozták az aktív kapacitásokat az elégséges szintre, és biztosították az elérhetőséget az egyes ellátás típusokhoz (pl. ápolás, rehabilitáció, stb.). A mennyiségi normatívák mellett kialakították a fizikai elérhetőségi standardokat is – vagyis, hogy a beteg mennyi időn belül kell, hogy elérjen bizonyos szolgáltatásokat. Ezeket a területi kapacitások intézményhez telepítése során kellett figyelembe venni. Kivételes esetekben ez alapján kis számban előfordultak „ellátási érdekből” fenntartott intézmények. A területi normatívákra – melyek területi egysége praktikusán a régió (esetleg megye) pályázatot írnak ki a RET-ek. A

⁴⁰³ 2001. évi XXXIV. törvény az egészségügyi szakellátási kötelezettségről, továbbá egyes egészségügyet érintő törvények módosításáról

pályázatban tételesen meg kell határozni a kiemelt ellátás körébe tartozó, és a miniszter rendeletében meghatározott ellátandó szakfeladatok körét, mértékét, továbbá a feladatellátás változásával összefüggésben módosuló kapacitás, illetve teljesítmény-volumen változásokat.

A pályázat alapján a miniszter kijelöli a kiemelt ellátás közfinanszírozott nyújtására köteles egészségügyi szolgáltatót. A kijelölés 2 évnél rövidebb, illetve 10 évnél hosszabb időtartamra nem tehető.⁴⁰⁴ Ennek ismeretében köt a biztosító szerződést a konkrét szolgáltatókkal. Ez esetben a finanszírozási szerződésnek nem része a kapacitás, hiszen azt a kapacitás lekötési megállapodás tartalmazza. Adott kapacitáson belül a biztosító (vagy a biztosítók) a biztosítottak ellátását a szerződés szerinti áron és módon finanszírozzák.

A kapacitás szabályozás előnyeit külön érdemes vizsgálni a beteg, az orvosok és az egészségügyi szakdolgozók, valamint az intézménytulajdonosok szempontjából. A szolgáltatást igénybevevők szempontjából a modernizálódó egészségügyi szakellátás kiszámítható és megfelelő szinten garantált minőségű ellátást biztosít az azt igénybevevőknek. Térben kiegyenlítetté válik az ellátás hozzáférése. A lakosság közeli ellátás keretében (a lehető legkevesebb utazással) lehet igénybe venni a szakellátások túlnyomó részét. A sürgősségi ellátásban a nap 24 órájában az év 365 napjában folyamatosan működő sürgősségi egységek biztosítják az ellátást. A rehabilitáció megfelelő kapacitásokkal biztosítja, hogy a betegek a szükséges és adekvát aktív ellátást követően teljes körű rehabilitációban részesüljenek. Az orvosok és a szakdolgozók szempontjából a kapacitásracionálizálással biztosítható, hogy a koncentrálnálódó ellátó-helyeken megfelelő számú orvos, és szakszemélyzet álljon rendelkezésre. A megszűnő álláshelyekkel együtt számos álláslehetőség jelentkezik a fejlesztés színterein. Az intézménytulajdonosok szempontjából pedig az intézményi szektor egyértelmű fejlesztési prioritások mentén kettéválik. A szakmai funkciók megfelelő letisztításával biztosíthatóvá vált a stabil, fenntartható intézményműködtetés.⁴⁰⁵

⁴⁰⁴ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 92/A §. (2)-(3) bekezdés.

⁴⁰⁵ A jelenlegi egészségügyi ellátórendszer a következő elvek figyelembevételére alapján került kialakításra:

- növekedjen a költség-hatékony, fekvőbeteg-ellátást kiváltó járóbeteg-szakellátási formák (szakrendelők, egynapos ellátások), valamint a rehabilitációs, ápolási kapacitás mennyisége és aránya,
- csökkenjen és ésszerűsödjön a túlméretezett aktív fekvőbeteg-ellátó kapacitás,
- koncentrálódjon a progresszivitás magasabb szintjeit képviselő ellátás,
- alakuljon ki a szolgáltatói verseny valódi lehetősége az ellátások minél szélesebb körében,
- az ellátás biztonságának fenntartása mellett a betegek választása, preferenciái alapján rugalmasan alakuljon a rendszer finanszírozása – a szükségleteknek és az igényeknek megfelelő szolgáltatók legyenek finanszírozva,
- biztosítsa a rendszer a folyamatos lehetőséget a kapacitás-szerkezet szükséglet- és (bizonyos keretek között) igényorientált módosulására.

A fekvőbeteg-szakellátás szakmailag nem egységes, hanem a tevékenység jellege miatt két eltérő területre, az aktív és krónikus ellátásra osztható. A két terület finanszírozása – az eltérő szakmai jellege miatt – technikájában is különböző.

A fekvőbeteg elszámolás alapja a teljes kórházi eset. A kórházi eset egészére vonatkozó felelősség megvalósulását támogatja a finanszírozás, amely az eset típusának megfelelő erőforrás igénybevételeivel arányos finanszírozást valósít meg. Fekvőbeteg-ellátásnak tekintjük azt a gyógyító, rehabilitációs tevékenységet, amelyet a beteg részére 24 órát meghaladóan, folyamatos orvosi felügyelet, ápolási szolgáltatásával végeznek. A kórházi ápolásra a beteg addig jogosult, amíg az orvosi kontroll, beavatkozás igénye fennáll a gyógyulás érdekében.

A finanszírozás módja szerint aktív ellátásnak minősül az az ellátás, amelynek célja az egészségi állapot mielőbbi helyreállítása. Az ellátás időtartama, illetve befejezése többnyire tervezhető, és az esetek többségében rövid időtartamú.

A finanszírozás módja szerint krónikus ellátásnak minősül az az ellátás, amelynek célja az egészségi állapot stabilizálása, fenntartása, illetve helyreállítása. Az ellátás időtartama, illetve befejezése általában nem tervezhető és jellemzően hosszú időtartamú. A krónikus ellátás finanszírozása, a kórházi bennfekvés napjainak számbavételén alapul.

4.2.4.3. Az egészségügyi szakellátási kötelezettség teljesítésére vonatkozó szerződéskötés⁴⁰⁶

A települési önkormányzatok egészségügyi szakellátási kötelezettségének mértéke kialakultnak tekinthető, már nincs szükség arra, hogy ezt a mértékrendszert évente, teljes körűen felülvizsgálják. Elegendő – a normatív módon befogadott kapacitásokat kötelező ellátási szintnek tekintve – törvényi szinten meghatározni, hogy a lekötött kapacitás csökkentésének, illetve új kapacitások befogadásának melyek az alapvető szabályai.⁴⁰⁷ Az előírt kötelező teljesítmény volumenkorlátozásra vonatkozó jogszabályban meghatározzák a lakosság biztonságos egészségügyi ellátásához szükséges kapacitások mértékét, és szakmai összetételét, és ezek fenntartásához kötelező finanszírozást biztosítanak. A szakellátási kötelezettség a járó- és fekvőbeteg szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatókra

⁴⁰⁶ Az egészségügyi ellátási kötelezettségről, és a területi finanszírozási normatívákról szóló 1996. évi LXIII. törvény normatív módon, alapvetően a szakmai tartalom definiálása felől határozta meg az egészségügyi ellátási kötelezettséget, és lehetőséget teremtett a helyi igényeknek és körülményeknek megfelelő legjobb, az egészségpolitikai célokkal összhangban lévő, költség-hatékony egészségügyi ellátás kialakítására.

⁴⁰⁷ Ezt szabályozza az egészségügyi szakellátási kötelezettségről, továbbá egyes egészségügyet érintő törvények módosításáról szóló 2001. évi XXXIV. törvény 1-5. §-ai,

vonatkozik. A volumen növelés lehetőségei az egyes betegek egyes megbetegedéseinek ellátási eseményeihez, a szolgáltatások számához igazodik. Ezért az elsődleges ellátás szervezőket vagy a bejelentkezett betegek száma, vagy meghatározott megbetegedésben szenvedő páciensek alapján kell finanszírozni. Az elsődleges ellátás szervezők a beteg részére a rendelkezésre bocsátott keretből kontrollált módon nyújtanak szolgáltatást. Ez a kontroll és érdekeltségi mechanizmus rugalmasan képes a volumenkorlátozást létrehozni. Kedvezőbb, rugalmasabb megoldás lehet az ellátás szervező konstrukciók alkalmazása a vásárlói pozíció erősítésére (ezt a következő részben az Irányított Betegellátási Modellben mutatom be). A piaci verseny azonban, amit a teljesítmény volumenkorlátozás indukál nem veszélyeztetheti az ellátás biztonságát. Az állam szabályozásának relatíve stabil helyzetet kell teremtenie ezen a területen. A piac természetszerű következménye a szolgáltatók szelektálódása.⁴⁰⁸

A helyi önkormányzat a szakellátási kötelezettség mértékét a kapacitások tartós kihasználatlansága esetén csökkentheti, illetve a szakmai összetételét megváltoztathatja. A tartós kihasználatlanság tényét az ÁNTSZ területileg illetékes megyei, fővárosi tisztii főorvosa a helyi önkormányzat kérésére hatósági bizonyítvánnyal igazolja. Váratlan esemény, vagy előre nem látható módon bekövetkező ellátási szükséglet esetén kérhető többlet-kapacitás rendkívüli befogadása, ha a meglévő kapacitással, vagy a szerkezeti módosítással, vagy átmeneti intézkedéssel az ellátás nem oldható meg. A pályázatot ebben az esetben az OEP főigazgatójához kell benyújtani, az elbírálás gyorsított ütemben zajlik.

⁴⁰⁸ A belépés és a kilépés szabályait úgy kell kialakítani, hogy csak olyan szervezetek kapjanak belépési engedélyt, amelyek a rendelkezésre álló eszközök, szakmai feltételek alapján a minőségi ellátásra képesek. Az esetleges csőd helyzeteket pedig piac konform módon, az ellátás biztonságának garantálásával kell megoldani. A piacon nem árverseny, hanem minőségi verseny, a betegekért való verseny működik.

A törvény kötelezi a helyi önkormányzatokat, és egyéb területi ellátási kötelezettséggel rendelkező intézmények fenntartóit a 2007. március 31. napjától érvényes kapacitás-lekötési szerződésekben meghatározott kapacitásaik, valamint a külön jogszabály alapján 2006. évben történt normatíván belüli kapacitás-lekötési módosításokban meghatározott kapacitások mértékének és szakmai összetételének a fenntartására, az OEP pedig köteles e kapacitásokat finanszírozni.

Az OEP azokkal az új egészségügyi szolgáltatókkal köthet finanszírozási szerződést, amelyek költséghatékonyabb megoldást kínálnak a korábban finanszírozott szolgáltatásokhoz képest, illetve a betegellátás szempontjából szükséges progresszív egészségügyi ellátást nyújtanak. A befogadásnál előnyt élveznek azok a szolgáltatók, amelyek országos, vagy regionális ellátási területtel működnek, speciális ellátási igényt elégítenek ki, vagy területi ellátási egyenlőtlenséget szüntetnek meg, illetve szolgáltatásai révén az adott terület ellátórendszerének szakmai összetétele jobban igazodik a terület népegészségügyi helyzetéhez.

4.3. Az irányított betegellátási modellkísérlet

4.3.1. Bevezető

A jelenlegi reformfolyamatok és az elfogadott új egészségbiztosítási törvény azt mutatják, hogy az egészségügyi rendszer alakítóinak szándéka egy már korábban létezett lehetséges megoldási mód, az irányított betegellátási modellkísérlet (IBM) keretében kipróbálásra került modell továbbfejlesztett változatának a megváltozott körülményekhez igazítása mentén fog megvalósulni. Ennek megfelelően ebben a fejezetben bemutatom az Irányított Betegellátási Modellt. Az egészségügyi rendszer reformjának kezdeti lépései az alapellátás megerősítését célozták. Az IBM célja a rendelkezésre álló források hatékonyabb felhasználásával magasabb színvonalú ellátás biztosítása volt. Alapvető elképzelés volt ugyanis, hogy az amerikai típusú managed care és az angol típusú fundholding rendszer előnyei kerüljenek beépítésre a magyar egészségügybe. Azonban a magyar irányított betegellátási rendszer nem managed care modell és nem fundholding modell, hanem jól körülhatárolt jellemzőkkel rendelkező saját rendszer.

4.3.2. Az irányított betegellátási rendszer és annak célja⁴⁰⁹

A modellkísérlet 1999-ben indult az Országgyűlés 1998. év végi döntése alapján, amely kimondta, hogy az Országos Egészségbiztosítási Pénztár legfeljebb 200 ezer lakosra kiterjedően finanszírozási szerződést köthet olyan egészségügyi szolgáltatókkal (ún. szervező), amelyek vállalják az érintett lakosság teljes körű, a kötelező egészségbiztosítási rendszerben térítésmentesen, illetve támogatás ellenében igénybe vehető egészségügyi ellátását, továbbá az általuk nem nyújtott szolgáltatások szervezését. A létszámhatárt 2001-ben 500 ezerre terjesztették ki. 2002-ben hét szervező átlagosan 476053 főt látott el, a kísérletben 298 háziiorvosi praxis vett részt. Az IBM eredményei láttán a létszámhatárt 2003-ban 1 millió, 2004-re pedig 2 millióra emelték.⁴¹⁰

A magyar irányított betegellátási modellkísérlet célja a valós ellátási szükséglet meghatározása volt, a rendelkezésre álló erőforrások hatékonyabb felhasználása mellett az érintett lakosság egészségügyi ellátásának legalább a korábbival azonos szintű, vagy annál

⁴⁰⁹ Felhasznált jogszabályok: a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény; a Magyar Köztársaság 2006. évi költségvetéséről szóló 2005. évi CLIII. törvény; az irányított betegellátási rendszerről szóló 331/2005. (XII. 29.) Korm. rendelet.

⁴¹⁰ Magyarország Egészségügye és Szociális Rendszere. Készítette: Országos Egészségügyi Információs Intézet és Könyvtár. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet. 2003. december. 46-47. p.

jobb - biztosításával, a prevenciós programok révén pedig a lakosság egészségi állapotának javítása révén.

Az irányított betegellátási rendszer 2005 végéig működött.⁴¹¹ A bemutatását és elemzését tehát a magyar egészségügyi ellátórendszert jelenleg érintő átalakítások teszik indokolttá. Az irányított betegellátási rendszer célja az érintett biztosítottak egészségi állapotának, az általuk igénybe vett egészségügyi szolgáltatások hatékonyságának, minőségének, és az ellátások szervezettségének javítása, valamint a felszabaduló források célszerű felhasználása volt. Ezen célok elérése érdekében az irányított betegellátási rendszer magában foglalta többek között az érintett biztosítottak egészségügyi ellátásának megszervezését, megfelelőségének és minőségének – az igénybevételi adatok alapján történő – nyomon követését, az ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók munkájának koordinálását, valamint az egészségfejlesztési és prevenciós programok koordinálását.⁴¹²

4.3.3. Az irányított betegellátási rendszer felépítése

Az irányított betegellátási rendszer lényegében nem más, mint az ellátásszervezőket, a velük szerződést kötött háziorvosokat, és házi gyermekorvosokat (a továbbiakban együtt: háziorvos), a hozzájuk bejelentkezett és adataik ellátásszervező általi kezelését meg nem tiltó biztosítottakat és a részükre egészségügyi ellátásokat nyújtó egészségügyi szolgáltatókat magában foglaló, a kötelező egészségbiztosítási rendszer keretei között működő alternatív rendszer.⁴¹³

⁴¹¹ Az irányított betegellátási rendszert a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény módosításával (a továbbiakban: Ebtv.) a 2006. január 1-jén hatályba lépett 2005. évi CLXXXII. törvény.

⁴¹² Donkáné Verebes Éva – Dózsa Csaba: Az irányított betegellátási modellkísérlet kezdeti tapasztalatai és a továbblépés lehetősége. In: Egészségügyi Menedzsment. 1999. 1. évf. 1. sz. 41-45. p.

⁴¹³ Fontos azonban megemlíteni, hogy az irányított betegellátási rendszerbe a társadalombiztosítási támogatásban részesülő egészségügyi szolgáltatások közül az alábbiak kerültek bevonásra:

- a fogászati ellátások,
- a gondozóintézeti gondozás,
- a betegszállítás orvosi rendelvényre,
- az összevont szakellátás,
- a laboratóriumi ellátás,
- a krónikus fekvőbeteg-ellátás,
- a művesekezelés,
- a házi szakápolás,
- a gyógyszer-támogatás (kivéve: speciális beszerzésű gyógyszerkiadás),
- a gyógyászati segédeszköz-támogatás, és
- a gyógyászati ellátáshoz nyújtott támogatás.

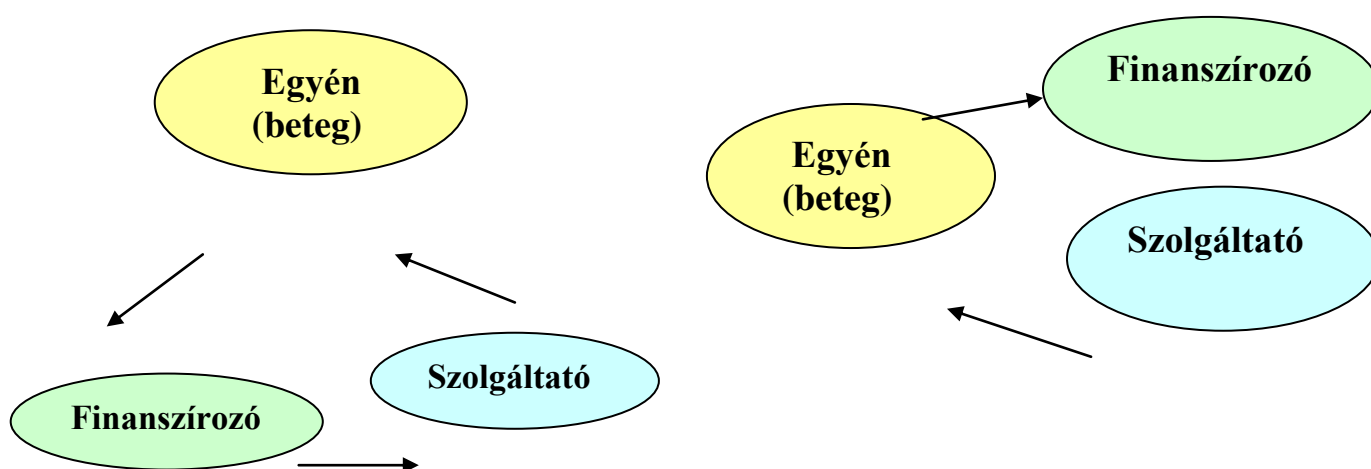
A rendszer működtetése és ellenőrzése szempontjából fontos szerepe volt az Országos Egészségbiztosítási Pénztárnak (a továbbiakban: OEP) is. A rendszer egyes szereplőit az alábbiakban bemutatásra kerülő szerződések kapcsolták össze.

4.3.4. Az ellátásszervezés szereplői az egészségügyi szolgáltatások rendszerében

Az alábbi ábra segítségével bemutatatható az, hogy miben tér el egymástól a hagyományos egészségügyi szolgáltatás nyújtása és az Irányított Betegellátási rendszer:

a) Az általános rendszerben:

b) Az irányított betegellátási rendszerben



Ellátásszervező az ellátásszervezésre az OEP által kiírt pályázaton kiválasztott egészségügyi szolgáltató lehetett,⁴¹⁴ amennyiben megfelelt a jogszabályokban meghatározott egyéb feltételeknek. Az az egészségügyi szolgáltató lehetett ellátásszervező, amely vállalta az érintett lakosság⁴¹⁵ kötelező egészségbiztosítási rendszerben térítésmentesen, illetve támogatás ellenében igénybe vehető egészségügyi ellátását, illetve az általa nem nyújtott szolgáltatások tekintetében az ellátások megszervezését. Felelős volt a szakmai program hatékony és eredményes megvalósításáért, a pénzügyi elszámolásért, valamint a jelentési- és adatszolgáltatási kötelezettség teljesítéséért. A szolgáltató és finanszírozó között koordinátori feladata volt. Összegyűjtötte, rendszerezte és továbbította a szerződésben, illetve az

⁴¹⁴ akár háziorvos, akár szakellátást nyújtó szolgáltató.

⁴¹⁵ A többször módosított 43/1999. Kormányrendelet 19. számú mellékletében meghatározottak alapján.

útmutatóban előírt jelentéseket, valamint biztosította a szolgáltatók és a finanszírozó közötti adat áramlást.⁴¹⁶ Szolgáltató az egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosult természetes vagy jogi személy, illetve jogi személyiség nélküli szervezet volt, aki az Országos Egészségbiztosítási Pénztárral kötött szerződés alapján az Egészségbiztosítási Alapból finanszírozott egészségügyi szolgáltatást nyújtott. Szolgáltatás pedig a szolgáltató által az irányított betegellátásban természetbeni egészségügyi ellátás, valamint egészségfejlesztő és betegség-megelőző tevékenység, amelyet nyújtott és szervezett. Az irányított betegellátási modellek kötelezően vállalt feladata a prevenció tevékenység, a lakosság egészségmagatartásának befolyásolása, amely a népegészségügyi program részeként képes akár meghatározó szerepet is betölteni. Prevenció tevékenységük részeként a szervezők egészségfejlesztő és betegségmegelőző programokat indítottak.

Háziorvosi szolgálat (praxis) az irányított betegellátási rendszerében az egészségügyi szolgáltatásra jogosultak meghatározott körének személyes és folyamatos ellátására létrehozott, ÁNTSZ működési engedély alapján, területi ellátási kötelezettséggel, vagy területi ellátási kötelezettség nélkül működtetett, az előírt személyi feltételekkel rendelkező szervezeti egység volt.⁴¹⁷

A pályázaton pályázóként csak akkor vehetett részt az egészségügyi szolgáltató, ha:

- 1) rendelkezett érvényes finanszírozási szerződéssel,
- 2) a háziorvosokkal megkötött előszerződések alapján az általa végzett ellátásszervezés tekintetében érintett biztosítottak száma a Magyar Köztársaság költségvetéséről szóló törvényben meghatározott keretek közé esett (ez 2006-ban legalább 100 ezer és legfeljebb 450 ezer érintett biztosítottat jelentett),
- 3) nem volt olyan köztartozása, amely esedékességének időpontja 30 napnál régebben lejárt,
- 4) a fenntartója (például az önkormányzat) hozzájárult az irányított betegellátási rendszerben való részvételéhez,
- 5) megfelelt a pályázati kiírásban meghatározott egyéb feltételeknek.

⁴¹⁶ Fenyvesi Tamás: Az irányított betegellátás finanszírozása. In: Lege Artis Medicinae. 2002. 12. évf. 1. sz.

⁴¹⁷ Az OEP a kiírásra kerülő pályázatról szóló felhívást az Egészségbiztosítási Közlönyben tette közzé.

Az ellátásszervező legfőbb feladata⁴¹⁸ az érintett biztosítottak egészségügyi ellátásának szervezése és koordinálása volt, ideértve a betegút követését is.⁴¹⁹

Az ellátásszervezőnek létre kellett hoznia az ellátásszervezéssel kapcsolatos feladatok ellátására egy önálló szervezeti egységet, amihez a szükséges személyi és tárgyi feltételeket is ő biztosította.⁴²⁰

A szervező feladatai az ellátási-finanszírozási rendszerben a következők voltak:

1) egy adott összefüggő földrajzi területen 2004-től 75 ezer főt meghaladó érintett lakos tényleges szükségleteihez igazodó egészségügyi ellátás racionális megszervezése;

2) a definitív ellátás érdekében a lakóhely közeli alap- és járóbeteg szakellátás erősítése, az indokolatlanul igénybe vett magasabb szintű ellátások számának csökkentése;

3) a krónikus betegségek primer és/vagy szekunder prevencióját szolgáló alap- és szakellátási struktúra kialakításának kezdeményezése;

4) az egészségügyi ellátások különböző szintjein a szolgáltatásokat igénybe vevők betegútjainak szervezése, irányítása, elemzése, a nyert tapasztalatok alapján az egészségügyi ellátás racionálisabb szervezésére javaslatok kidolgozása;

5) a progresszív betegellátás minden szintjén az egészségügyi szolgáltatást nyújtó szervezetek helyi összefogásának, szakmai kapcsolatainak, együttműködésének javítása;

⁴¹⁸ Az ellátásszervező feladata volt továbbá

- a vállalt prevenciók terv megvalósításának megszervezése, koordinálása, ellenőrzése és értékelése, valamint módosítása a jogszabályok által kötelezően előírt vagy egyéb forrásból támogatott programok változása miatt, továbbá a módosított terv jóváhagyásra való megküldése az OEP részére (ez a szolgáltatókkal rendkívül szoros kapcsolatot feltételez);
- az elvi számlán keletkezett megtakarítás, illetve az ennek terhére folyósított előleg jogszabályban előírtak szerinti kezelése és felhasználása, valamint a vállalt ösztönzés és érdekeltiségi rendszer működtetése;
- a minőségbiztosítás követelményrendszerének teljesítése az egészségügyről szóló törvényben foglaltak szerint, szakmai protokollok alkalmazása adatszolgáltatási kötelezettség teljesítése, az OEP-től kapott tételes betegforgalmi adatok elemzése, monitoring-rendszer működtetése;
- az érintett biztosítottak részére nyújtott egészségügyi ellátások betegforgalmi adatainak elemzése.

⁴¹⁹ Természetesen az érintett biztosítottak ellátását, illetőleg annak egy részét vállalhatta maga az ellátásszervező is, mint egészségügyi szolgáltató, és az egészségügyi szolgáltató ellátásszervezői minősége azt sem zárta ki, hogy az érintett biztosítottakon kívül más betegeknek is nyújtson egészségügyi szolgáltatást.

⁴²⁰ Az irányított betegellátás szervezésében résztvevő ellátásszervezők kötelezően vállalt feladata a prevenciók tevékenység és a lakosság egészségi állapotának pozitív befolyásolása. Az ellátásszervezőt a modellbe való belépést vagy létszámbővítést követően egy évig ún. szervezési díjként 500 Ft/biztosított, majd a 2. évtől 200 Ft/biztosított összeg illeti meg. Az összeg tételes elszámolási kötelezettség mellett fedezetül szolgál a modell menedzsmentjének működtetésére, a betegút követő informatikai- és képzési-rendszer kialakítására, működtetésére, a szakmai protokollalkalmazási tevékenységre, valamint az esetkezelő rendszer és a minőségbiztosítási tevékenységek fejlesztésére. A fejkvótán felül kapott szervezési és prevenciók díjért, továbbá saját pozitív egyenlegének gyarapítása érdekében a szervező olyan egészségügyi szolgáltatási tevékenységek végzését ösztönzi a vele szerződéses, illetve együttműködési kapcsolatban álló szolgáltatóknál, amelyekkel javítható az egészségügyi ellátás hatékonysága, illetve a biztosítottak egészségi állapota.

6) a lakosság egészségi állapotának és az igénybe vett szolgáltatások minőségének javítása;

7) a felszabaduló források ésszerű allokációja, az ellátandó feladatok kiegyensúlyozott, folyamatos, hosszú távú ellátása érdekében.

Az irányított betegellátási rendszer szempontjából a biztosítottak két csoportját lehetett megkülönböztetni: az érintett biztosítottakét, és a bejelentkezett biztosítottakét.⁴²¹

Az irányított betegellátási rendszerben érintett biztosítottak az ellátásszervezővel szolgáltatási szerződést kötött háziorvoshoz bejelentkezett biztosítottak közül azok minősültek, akik az ezen jogukról való értesítést követő egy hónapon belül az egészségügyi és személyes adataik ellátásszervező általi kezelését nem tiltották meg. A háziorvos köteles volt írásban tájékoztatni a hozzá bejelentkezett biztosítottakat az ellátásszervezőhöz történő csatlakozása szándékáról, illetőleg az irányított betegellátási rendszerben már részt vevő háziorvos ennek tényéről és – a biztosítottakat érintő – következményeiről. Tájékoztatni kellett továbbá a biztosítottakat arról is, hogy az irányított betegellátási rendszerben érintett biztosítottként való részvétel feltétele az is, hogy az egészségügyi, és személyazonosító adatai ellátásszervező általi kezelését a biztosított ne tiltsa meg.

Az irányított betegellátási rendszer vonatkozásában bejelentkezett biztosítottak az irányított betegellátási rendszerben részt vevő háziorvoshoz TAJ-szám alapján bejelentkezett biztosítottak közül azok a biztosítottak minősültek, akik megtiltották egészségügyi és személyazonosító adataik ellátásszervező általi kezelését (tehát akik nem érintett biztosítottak). Ebbe a kategóriába sorolja a jogszabály az olyan háziorvoshoz bejelentkezett biztosítottakat is, akiket törvény erejénél fogva az ellátásszervezőhöz tartozónak kell tekintetni: kötelező előírás volt ugyanis, hogy az elvi számla tekintetében az adott kistérség az ellátásszervezőhöz tartozik, ha a kistérségben működő háziorvosi praxisok több mint 70%-a csatlakozik az ellátásszervezőhöz.

⁴²¹ Az irányított betegellátási rendszerre vonatkozó jogszabályokban használt biztosított-fogalom alatt az Ebtv. szerinti biztosított-fogalmat kell érteni, és nem a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló 1997. évi LXXX. törvényben ennél szűkebben meghatározott kategóriát.

4.3.5. Az irányított betegellátási rendszer működése

Az irányított betegellátási rendszer keretében létrejövő jogviszonyok alapját a következő szerződések képezték:

- 1) az OEP ellátásszervezési szerződést kötött a – főszabály szerint – pályázaton kiválasztott ellátásszervezővel;
- 2) az ellátásszervező szolgáltatási szerződést kötött azokkal a háziorvosi szolgáltatást nyújtó egészségügyi szolgáltatókkal, akik részt kívántak venni a rendszerben;
- 3) az ellátásszervező együttműködési megállapodást köthetett a vele szolgáltatási szerződésben nem álló finanszírozott egészségügyi szolgáltatóval az érintett biztosítottak egészségügyi ellátásában való közreműködésre.

A szolgáltatási szerződéssel kapcsolatban fontos kiemelni, hogy az ellátásszervező csak olyan területi ellátási kötelezettséggel rendelkező háziorvossal köthetett szolgáltatási szerződést, akinek nem volt ilyen érvényes szerződése más ellátásszervezővel és a szolgáltatási szerződésben vállalta, hogy annak érvényességi ideje alatt más ellátásszervezővel nem is köt ilyen szerződést. A szolgáltatási szerződések megkötése során az ellátásszervezőnek - Budapest kivételével - zárt terület kialakítására kellett törekednie a települési önkormányzatok többcélú kistérségi társulásáról szóló törvényben meghatározott kistérségi határok figyelembevételével.⁴²²

Az ellátásszervezőnek kötelezettséget kellett vállalnia az ellátásszervezési szerződésben a bevételi többlet érdekeltségi rendszer alapján történő felosztására.⁴²³

⁴²² Az ellátásszervezési szerződésben a szerződés hatályára, módosítására, felmondására vonatkozó rendelkezéseken kívül rendelkezni kell:

- arról, hogy az ellátásszervező mely egészségügyi szolgáltatásokat nyújtja saját maga, illetve más egészségügyi szolgáltató igénybevételével,
- a teljes körű minőségi, definitív ellátásokra ösztönző, hatékony egészségügyi szolgáltatás biztosításáról, valamint a betegségek időben történő megelőzését, az egészség megőrzését szolgáló prevenciók program megvalósítására vonatkozó kötelezettség vállalásáról,
- az OEP által vezetett elvi számlán jelentkező megtakarítás elszámolásáról,
- az adatszolgáltatási kötelezettségről,
- az ellenőrzésről,
- a szerződésszegés esetén keletkező igények érvényesítési rendjéről.

⁴²³ Az ellátásszervezési szerződéshez mellékelni kell:

- az ellátásszervező által kötött szolgáltatási szerződéseket és együttműködési megállapodásokat;
- az ellátásszervezővel szolgáltatási szerződést kötött háziorvos adatait tartalmazó adatlapokat;
- az irányított betegellátásban részt vevő egészségügyi szolgáltatók érvényes finanszírozási szerződésének kódszámát tartalmazó adatlapokat;
- az ellátásszervezőnek – a Nemzeti Népegészségügyi Programmal összhangban álló – prevenciók programtervét és szakmai tevékenységére vonatkozó tervét;

Szerződésben került meghatározásra, hogy azon szervezők, akiknek az elvi folyószámláján tartósan veszteség keletkezik, kizárásra kerülnek a rendszerből (szerződés azonnali hatályú felmondása). A szabályozásra azért került sor, mivel nem lehetett prognosztizálni a szervezők, „bevéterszerző” képességét, s az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének nagyságát a kiszámított fejkvóta összegéhez képest. Szükségesnek látszott annak szabályozása, hogy a tartósan veszteséget „termelő” szervezők kiadásai ne „gyengítsék” tovább az Egészségbiztosítási Alap egyébként is szűkös keretét. Akkor ez az intézkedés jó megoldásnak látszott, azonban beigazolódott helytelensége. A modellkísérletben eltöltött idő rövidsége miatt (3 hónap) a szervezők esélyt sem kaptak arra vonatkozóan, hogy a szolgáltatások és igénybevételek tekintetében érvényesítsék ráhatásukat a rendszerre, optimalizálják az ellátásokat, s ezzel az elvi folyószámla eredményét is képesek legyenek befolyásolni. Ezért a következő évi szerződéskötésnél már kikerült a szerződéses kapcsolatok szabályozása közül ez a feltétel.

Az irányított betegellátási rendszer keretében működő finanszírozási mechanizmus megértéséhez szükséges néhány, a vonatkozó jogszabályok által is használt fogalmat tisztázni.

A központilag begyűjtött, döntően járulékból származó bevételeket az OEP korrigált fejkvóta segítségével csak elvileg - virtuálisan - osztotta szét az IBR-ben résztvevő ellátásszervezők között, s valamennyiük részére ún. elvi folyószámlát vezetett.

Az elszámolás alapelve az volt, hogy amennyiben a szervező az „országos átlagnál” jobban gazdálkodik a rábízott lakosokra jutó összeggel, vagyis a hozzá tartozó lakosok ellátását hatékonyabb módon szervezi meg, akkor év végén valószínűsíthető volt, hogy megtakarítást könyvel el. Kiszámításra került az ellátásszervező folyószámláján havonta a bevételként nyilvántartott összeg, valamint a havi teljesítmény adatok alapján az egészségügyi szolgáltatások OEP által finanszírozott díja (kiadás).

A havi bevétel összegét az ország lakosságának nem és kor szerinti összetétele alapján, korosztályonként - az előző év azonos időszakának teljesítménydíja alapján - megállapított fejkvóta és az ellátásszervezőhöz tartozó biztosítottak korosztályonkénti, nemek szerinti létszámának figyelembevételével került meghatározásra (fejkvóta).

-
- a megtakarítási keretből kapott összeg felhasználására vonatkozó érdekeltségi rendszer bemutatását;
 - az érdekeltségi rendszerben részt vevő egészségügyi szolgáltatókkal kötött megállapodásokat, amelyek tartalmazzák a megtakarítási keretből kapott összeg anyagi érdekeltség címén felosztható részének %-os mértékét, annak felhasználási körét, módját, idejét, valamint az irányított betegellátási rendszerből való kilépés feltételeit és a felek közötti elszámolás módját kilépés esetén;
 - az OEP által a jelentési és adatszolgáltatási kötelezettségek tárgyában készített Útmutatót.

Az elvi számla alatt azt az OEP által vezetett nyilvántartást (virtuális számlát) kell érteni, amelyen bevételként az adott ellátásszervezőhöz tartozó érintett biztosítottak, és bejelentkezett biztosítottak után járó fejkvóta alapján számított összeg jelenik meg. Kiadásként pedig az érintett biztosítottak, illetve a bejelentkezett biztosítottak által a meghatározott egészségügyi szolgáltatások közül igénybe vetteknek a külön jogszabályban meghatározott finanszírozási díja, valamint az általuk megvásárolt gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök árához nyújtott támogatás összege terheli.⁴²⁴

A fejkvóta nem más, mint az érintett biztosítottak és a bejelentkezett biztosítottak által igénybe vett, az egészségügyi szolgáltatások finanszírozásának fedezeteként az OEP által havonta kiszámított, az ellátásszervező elvi számlájának bevételi oldalát képező normatív pénzösszeg. A bevételi többletet az elvi számla pozitív egyenlege jelenti.⁴²⁵

Megtakarítási keret az ellátásszervezők elvi számláin keletkezett bevételi többletek összegének az ellátásszervezők közötti felosztásra rendelt része, aminek mértékét a mindenkori költségvetési törvény határozza meg.⁴²⁶ Az OEP a fejkvóta, valamint az ellátásszervezőhöz tartozó érintett biztosítottak, és bejelentkezett biztosítottak korosztályok, és nemek szerinti létszámadatai alapján kiszámítja az ellátásszervező elvi számláján havonta bevételként nyilvántartott összeget.⁴²⁷

Az irányított betegellátási rendszerben részt vevő egészségügyi szolgáltatók által teljesített ellátások finanszírozása a szerződés időtartama alatt is az érvényes finanszírozási szerződések alapján történt.⁴²⁸

Fontos szabály volt, hogy megtakarítási keretből kapott összeg érdekeltségi rendszer szerinti szétosztása, majd felhasználása során elsőbbséget kellett, hogy élvezzen a betegellátás

⁴²⁴ Fenyvesi Tamás: Az irányított betegellátás finanszírozása. In: *Lege Artis Medicinae*. 2002. 12. évf. 1. sz.

⁴²⁵ Fendler Judit: 10+2 kérdés az egészségügyi ellátásszervezőkről szóló törvény tervezetéhez. In: *Informatika és Menedzsment*, 2004. évi 3. szám.

⁴²⁶ Ez 2006-ban a bevételi többlet 80%-a, amennyiben a bevételi többlet nem haladja meg az elvi számla teljes bevételének 10%-át. Ha ezt meghaladja, akkor 10%-os mértékig a bevételi többlet 80%-a, a 10% feletti résznek pedig az 50%-a kerül felosztásra az ellátásszervezők között.

⁴²⁷ Az OEP legkésőbb a költségvetési évet követő 75 napon belül, de legkorábban az éves értékelő jelentés elkészítését követő napon utalványozta az egyes ellátásszervezők részére a megtakarítási keretből kifizethető összegeket. A bevételi többletet mutató elvi számlával rendelkező ellátásszervezők között már előleg formájában felosztotta, és utalványozta az OEP a korrekciók nélküli éves bevételi többletet az elszámolási évet (minden év október 1-jétől a következő év szeptember 30-áig terjedő időszak) követő 90 napon belül. Ha a megtakarítási keretből az ellátásszervezőre jutó kifizetés összege nem, vagy csak részben nyújt fedezetet a kifizetett előlegre, akkor a fedezetlenül maradt összeget az előleget felvevő ellátásszervezőnek meg kell térítenie.

Az ellátásszervezőnek a fenti szabályok alapján részére kifizetett megtakarításból a járó- és fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézményeket legalább 10-10%-os mértékben, a vele szolgáltatási szerződést kötött háziorvosokat pedig legfeljebb 40%-os mértékben részesítenie kellett (érdekeltségi rendszer).

⁴²⁸ Fenyvesi Tamás: Az irányított betegellátás finanszírozása. In: *Lege Artis Medicinae*. 2002. 12. évf. 1. sz. 3-5. p.

körülményeinek, színvonalának javítását szolgáló eszközök, szolgáltatások beszerzése (például rendelők felszereltségének és állapotának javítása). Azonban a megtakarítási keretből kapott összeg nem volt felhasználható olyan tevékenység vagy eszköz finanszírozására, melynek fedezete más forrásból megoldott, továbbá olyan tevékenység vagy eszköz finanszírozására, amely nem közvetlenül függött össze a betegségmegelőzéssel, betegellátással, vagy a betegellátás körülményeinek javításával. Az érdekeltségi rendszernek ösztönöznie kellett az egységes szakmai protokollok, a betegút követését biztosító monitoring rendszer alkalmazását, valamint a képzési-továbbképzési rendszerben való részvételt.

4.3.6. Kilépés az irányított betegellátási rendszerből

Az ellátásszervezői tevékenység bármely okból bekövetkezett megszűnése esetén az ellátásszervezőnek záró elszámolást kellett készítenie és a megtakarítási keretből részére kifizetett összeg igazoltan fel nem használt részét vissza kellett fizetnie az OEP részére. Az irányított betegellátási rendszerből bármely ok miatt kilépő háziorvost, illetve más, az ellátásszervezővel megállapodást kötött egészségügyi szolgáltatót a kilépéskor tételesen el kellett számoltatni az ellátásszervezőnek.⁴²⁹

Az elszámolás alapján az igazoltan fel nem használt összeget 15 napon belül vissza kellett fizetni az ellátásszervező részére, amely köteles volt azt oly módon felhasználni, mintha azt az OEP-től a bevételi többlet alapján kapta volna. A beruházások, tárgyi eszközök aktuális nettó értékét vissza kellett fizetni az ellátásszervező - annak hiányában az OEP - részére, amennyiben az irányított betegellátási rendszerből kilépő háziorvos, illetve egészségügyi szolgáltató az OEP-pel megállapodást kötött egészségügyi szolgáltatók tevékenységét megszüntette, e tevékenysége bármely okból lehetetlenült, vagy az érintett beruházást, eszközt elidegenítette, illetve megterhelte. Ha az ellátásszervező szervezői tevékenysége bármely okból megszűnt, ezek a rendelkezések értelemszerűen alkalmazandók voltak rá is, azzal, hogy a visszafizetéseket az OEP részére kellett teljesítenie.

⁴²⁹ Az elszámolásnak ki kell terjednie:

- a kilépő háziorvos, illetve egészségügyi szolgáltató részére korábban az irányított betegellátási rendszer keretein belül kifizetett és korábban felhasznált összegek megállapítására;
- az irányított betegellátási rendszer keretein belül kapott összegekből megvalósított beruházásokra, vásárolt nagyértékű eszközökre (az értékcsökkenés levonása után számított nettó értéke figyelembevételével);
- kilépést megelőző időszakban az irányított betegellátási rendszer keretében végzett tevékenységekre, illetve ezekre tekintettel a kilépést követően kifizethető összegekre.

4.3.7. Az irányított betegellátási rendszer előnyei

A modellkísérlet keretében valósult meg először az egészségpolitikai deklarációkban mindig szereplő prevenciós tevékenység rendszerszerű és folyamatos finanszírozása. A szervezők által végzett prevenciós tevékenység a modellkísérlet pályázata keretében jóváhagyásra került, megvalósulása negyedéves rendszerességgel szakmai és pénzügyi beszámoló alapján nyomon követhető volt. A különböző szervezőknél a pályázati programokkal összhangban többféle primer, szekunder és terciér prevenciós program is működött. A programok többsége a magas rizikójúak, illetve a betegség korai stádiumában lévők kiszűrését célozta.⁴³⁰ Hiánypótló tevékenységként megjelentek a magas rizikójú lakosok számára a szervező által szervezett rizikócsökkentő programok, valamint a krónikus beteg terciér prevenciójaként az emeltszintű gondozási programok is. A prevenciós tevékenység támogatása, a lakosság aktivizálása érdekében a szervezők többsége aktív általános és célzott egészségkommunikációs tevékenységet folytatott. Az egészségkommunikáció középtávon hatással volt a lakosság egészségmagatartására, mely javította minden további prevenciós program eredményességét.⁴³¹

A céltámogatásként kapott prevenciós díj – és a hozzá kötöten rendszeresen számon kért tevékenység – megváltoztatta a háziorvosok viszonyát, hozzáállását a prevenciós tevékenység végzéséhez.⁴³² A modellkísérletben lehetőség volt a nem IBR keretében végzett háziorvosi szűrések nyomon követésére.⁴³³

A modellkísérletben keletkezett megtakarítások felhasználásával jelentősen javult elsősorban az érintett háziorvosi rendelők felszereltsége, színvonala. A rendelő felújítások, eszközbeszerzések a betegek számára közvetlenül érzékelhetőek voltak, ugyanakkor megteremtették az infrastrukturális feltételeit a kompetencia szintnek megfelelő definitív ellátásoknak.⁴³⁴

A modellkísérletbe szerződött szolgáltatóként résztvevő intézményeknél történt infrastruktúrafejlesztés lehetősége igen nagy szórást mutatott a különböző szervezőknél – az

⁴³⁰ Evetovits Tamás: Forrásallokációs mechanizmusok és irányított betegellátás. OEP konferencia, 2003. Az irányított betegellátás egészségpolitikai kérdéseiről. Budapest, 2003. szeptember. Kézirat.

⁴³¹ Endrőczy Elemér: Trendek és ellentmondások az egészségügyi szolgáltatás fejlődésében, finanszírozásában és minőségbiztosításában. In: Egészségügyi Gazdasági Szemle. 1998. 36. évf. 1. szám.

⁴³² Kincses Gyula: A háziorvosi privatizáció kiterjesztésének lehetőségei. In: Medicus Anonymus. 1999. 7. évf. 5. sz. mell.

⁴³³ Ezeknek az adatoknak az országos összehasonlító elemzésére nem volt mód, tekintettel arra, hogy az IBR-en kívül nem volt adat a háziorvosok által végzett prevenciós tevékenységről.

⁴³⁴ Fenyvesi Tamás: Az irányított betegellátás finanszírozása. In: Lege Artis Medicinae. 2002. 12. évf. 1. sz.

adott szervező megtakarításának, illetve szerződéses rendszerének függvényében. Ezen források terhére – elsősorban az önálló szakrendelő intézetek – igen jelentős lépéseket tudtak tenni annak érdekében, hogy legalább eszközfelszereltségben elérjék a jogszabályban meghatározott minimum feltételeket. Ezek az eredmények mindenképpen megfontolandóvá teszik a modellkísérlet folytatása esetén, hogy általános érvényűen előírásra kerüljön az ún. „legjobb gyakorlat”.

A modellkísérlet keretében történő adatelemzés, betegút követés lehetőséget biztosított arra a háziorvosnak, hogy megvédje betegét a sokszor egészségkárosodást okozó betegségek következményeitől. Az adatokból egyértelmű, hogy pl. a többszörös, azonos hatóanyagtartalmú gyógyszerek párhuzamos felírása nem csak fölösleges közvetlen kiadást jelent, de ugyanakkor számos, újabb ellátást igénylő következménnyel is jár. Az esetek jelentős részben ezek az ellátási hiányosságok jószándékú, információ hiányon alapuló orvosi tevékenység eredményei, melyet a háziorvos feltár, és a szükséges konzultációkat követően korrigálhat.⁴³⁵

Az IBR-ben a betegirányítás, illetve a beteg compliance javításának legfőbb eszköze a háziorvos meggyőzőképessége. Ez szükségszerűen azt jelenti, hogy a modellkísérletben való együttműködés érdekében a háziorvosnak sokkal többet és jobban kell kommunikálnia a betegével, fontosabbá válik beteg bizalmának megtartása. Mindezek következtében javul az orvos-beteg kapcsolat, melynek minősége jelentősen befolyásolja az orvosi ellátás eredményességét és hatékonyságát.

4.3.8. A modell úttörő elemei

A háziorvos kapuőr szerepének megerősítése:

Az irányított betegellátási rendszernek a háziorvos kapuőr szerepe volt az egyik sarkalatos pontja. A háziorvos, mint az első orvos-beteg találkozás orvos szereplője jelentős mértékben predisponálta beutalásával, utalványozásával, gyógyszer rendelésével a beteg további sorsát és döntései meghatározó tényezők voltak az egészségbiztosítási alap egyensúlyának fenntartásában is. Az ő személyétől és magatartásától függött a beteg megfelelő ellátása. A rendszer a háziorvosokat szembesítette is ezzel az elvárással, a szervezők által rendezett képzéseken pedig oktatták a megfelelő eljárási rendeket. Tudatosult a háziorvosban, hogy

⁴³⁵ Evetovits Tamás: Forrásallokációs mechanizmusok és irányított betegellátás. OEP konferencia, 2003. Az irányított betegellátás egészségpolitikai kérdéseiről. Budapest, 2003. szeptember. Kézirat.

minden egyes beutalással, kiállított recepttel utalványozási tevékenységet is végzett, melynek finanszírozási következménye voltak.

Az érdekelttség változása az egészségügyben az IBR hatására:

Az irányított betegellátási rendszerben a háziorvosok érdekeltté váltak abban, hogy definitív ellátást nyújtsanak. Az érdekelttség megteremtésével a résztvevők a sajátjukként kezdték bánni az egészségbiztosítási alap pénzével, érdekeltté váltak a hatékonyabb (költséghatékony), és ugyanakkor megfelelő minőségű gyógyító munka végzésében. A definitív ellátásnak azonban a háziorvos mellett a progresszivitás többi szintjén is meg kellett jelennie, értve ezalatt a szakrendelést, a kórházakat, melyeknek szintén a kompetenciájuk szerint kellett ellátniuk a betegeket, és csak indokolt esetben továbbküldeni, beutalni a magasabb szintű ellátást nyújtó intézménybe.

Az ellátásszervező abban volt érdekelt, hogy az ellátás költségeit csökkentse költséghatékony ellátások igénybevételével, a kezelések időtartamának csökkentésével optimalizálja az érintett lakosok részére nyújtandó egészségügyi ellátásokat.

A lakosságnak - amennyiben megvalósultak az ellátásszervező célkitűzései – érdeke volt, hogy hatékonyan részt vegyen egészségi állapotának megőrzésében, a betegség megelőzésében, s az egészségügyi ellátások igénybevételekor a legjobb és leghatékonyabb ellátásban részesüljön.

V. Az egészségügy átalakításának szükségessége, avagy privatizáció az egészségügyi szolgáltatások finanszírozása tekintetében

5.1. A magán-egészségbiztosítási pénztárak működésének alapjai

5.1.1. Bevezető

A jelenlegi magyar egészségügyi folyamatok tanulmányozása során azt a következtetést lehet levonni, hogy az egészségügyi szolgáltatások finanszírozása tekintetében a magán források nagyobb mértékben történő bevonásával történő finanszírozás a jövőben, hazánkban is elkerülhetetlené válik. Ennek következtében a jelenlegi értekezés nem lenne teljes értékű, ha a jövőbeli magánbiztosítás lehetőségeit nem tárgyalná. Ugyanakkor a kérdéskör nagyon nehezen behatárolható, mivel nincs jelenleg olyan rendszer ebben a tekintetben, amely mintaként szolgálhatna. Ki kell emelni azt is, hogy az egészségügyi szolgáltatások magánfinanszírozásának technikája a társadalom valamennyi tagját érinti, így nem csak a racionális, hanem a politikai szempontok is irányadóak. Céлом felvázolni azokat a lényegesebb elemeket, amelyeknek a figyelembevétele nélkülözhetetlen, amennyiben a magánforrások bevonására sor kerülne.

Az egészségügyi szolgáltatásoknak a kötelező egészségbiztosítás keretében történő finanszírozása jelentősen befolyásolhatja, hogy a kiegészítő szolgáltatások tartalmát, milyen mértékben lehet elkülöníteni, és finanszírozni. Ebből a szempontból megvizsgálva a szolgáltatói finanszírozások típusait, két fő megállapítást lehet tenni. Minél inkább teljesítményelvű a finanszírozás, tételesen elkülönítve és nyilvántartva a diagnosztikai vizsgálatokat, beavatkozásokat, műtéteket, stb. annál könnyebb a közfinanszírozás tartalmát, valamint az ezt kiegészítő, vagy ezen kívüli szolgáltatások tartalmát meghatározni. Ezzel ellentétben, minél inkább átlagos finanszírozásról, éves, vagy havi fix összegű feladat, illetve rendelkezésre állási finanszírozásról van szó, annál nehezebb az ezen a körön kívüli szolgáltatásokat meghatározni és kiegészítő technikákkal finanszírozni.

Az elmúlt években Magyarországon a finanszírozás tekintetében az alábbi változások történtek:

1) A szolgáltatásvolumen és a teljesítmény volumen keret típusú finanszírozás bevezetése a fekvőbeteg (és a járóbeteg-szakellátásba, majd a CT, MRI és járó-beteg diagnosztika finanszírozásában;

2) A fix díj alapú feladatfinanszírozás kibővítése az aktív fekvőbeteg szakellátásban a sürgősségi ellátási program részeként;

3) A tételes teljesítmény alapú finanszírozás bevezetése, majd arányának növelése a gondozóintézeti ellátásokban;

4) A fej-kvóta alapú finanszírozás alkalmazási területének kiszélesítése az irányított betegellátásban (IBR).

5) A korábban, a kilencvenes évek derekától kimondottan és szinte teljes körűen tételesen finanszírozott fekvő és járóbeteg-szakellátások esetében 2003-tól részlegesen az új befogadások esetében a szolgáltatási egységekben számolt volumen, majd 2004-től általánosan országosan egységesen bevezetésre kerültek az ún. teljesítmény-volumen korlát típusú (TVK) finanszírozási technikák.⁴³⁶

5.1.2. Az egészségügyi ellátórendszer felett gyakorolt kontroll eszközei

Az egészségügyi szolgáltatások finanszírozásának a sikeressége és az eredményessége elsősorban azon múlik, hogy a biztosítók képesek-e, és amennyiben igen, milyen mértékben képesek befolyásolni az egészségügyi rendszer jelenlegi szereplőinek magatartását. A kontroll eszközeinek jelentősége elvitathatatlan, ezek megfelelő alkalmazása szavatolhatja, hogy az esetlegesen piacra lépő magánbiztosítók sikerrel tudják ki aknázni a hazai egészségügyben rejlő piaci lehetőségeket. Fontos kérdés, hogy a

⁴³⁶ Ez, a kiegészítő biztosítási technikák bevezetése szempontjából az alábbi jelentőséggel bír: a TVK technikának megmarad az az előnye, hogy az ellátásokat továbbra is HBCs súlyszámában, és ún. német pontszámában kell kifejezni, tehát megőrzi a tételes finanszírozás jellegét. A bevezetett havi bontású éves korlát miatt viszont az intézmények egyre inkább rákényszerülnek arra, hogy szolgáltatásaikon belül prioritási sorrendet állítsanak fel, és a korláton kívül maradt, vagy oda kizorított/kizorítható ellátásokat kiegészítő ellátások keretében lássák el, valamint a TVK miatti potenciális ellátási kapacitástartalékaikat kiegészítő tevékenységekkel fedjék le kipótólva ezzel a TVK miatti bevételkiesést, és/vagy a bevételek növelésének központi korlátozását. A 2006 júliustól bevezetett 5 %-os TVK csökkentés, és a degressziós sávok eltörlése a kemény plafon bevezetésével újabb jelentős nyomást jelentett az intézményvezetőkre, hogy a kiegészítő bevételi lehetőségeket felkutassák. A TVK miatt kizorított/kizorítható ellátásokat jelenleg nem szabályozza semmilyen jogforrás, így gyakorlatilag az intézményi (kórházi/szakrendelői) menedzsmentre van bízva, hogy hol húzza meg a határt.

kontroll eszköztárának megfelelő működtetése, annak szükségessége és a központi szabályozás milyen relációban áll egymással. A központi szabályozás elengedhetetlen feltétele annak, hogy a biztosítók képesek legyenek kontrollt gyakorolni az ellátók felett, azonban a szabályozás csupán előíró jellegű, nem várható el tőle, hogy biztosítsa az anomáliáktól mentes egészségügyi ellátást. Egyrészt a központi szabályozás tehát előírhat bizonyos betartandó kereteket, melyek tényleges betartatásának eszközeit a biztosítóknak kell a saját érdekükben működtetniük, másrészt a központi szabályozástól meg kell követelni azon peremfeltételeket létrehozását, melyek lehetővé teszik a kontroll eszközeinek implementálását a gyakorlatba. A központi szabályozás előbbi szerepét példázza a szakmai irányelveknek megfelelő orvos szakmai tevékenység előírása, az utóbbira pedig példát szolgáltat az adatokkal való gazdálkodás szabályainak tisztázása.

A kontroll eszközeinek elsődleges és legfontosabb célja volna - a központi szabályozással összhangban - olyan érdekeltségi rendszer kialakítása, mely képes a progressziós piramis talpra állítására, az alapellátás prioritásának kifejezésére, és a magasabb és költséges progressziós szintek racionális visszaszorítására kapacitásban és teljesítményben egyaránt. Ebben az esetben a kiegészítő szolgáltatásokra fókuszáltan kell ellenőrizni a betegek áramlását az egészségügyi ellátók között, magukat az egészségügyi ellátókat, illetve azok belső működését. A kontroll lényege, hogy a finanszírozó képes legyen megítélni azt, hogy az általa finanszírozott szolgáltatás indokolt-e, illetve a kellő időben, a kellő helyen, a kellő minőségben, kellő hatásossággal és hatékonysággal történik-e. Az egészségügyi ellátás komplexitásából adódóan a fenti szempontoknak megfelelő ellenőrzési rendszert igen nehéz létrehozni, a meghatározható részrendszereket igen nehéz redundanciák nélkül vázolni. Különösen nehéz ez a feladat abban az esetben, mikor a szereplők közötti viszony, illetve a szereplők száma és formája sem ismert pontosan az egészségbiztosítási piac liberalizációját követően.

5.1.3. A minőség, mint alaptényező a magánfinanszírozás szempontjából

5.1.3.1. A minőség jelentése és dimenziói az egészségügyben

A minőség vizsgálatára azért van szükség az egészségügyben, mivel jelentős mértékben befolyásolja azt, hogy a magán-finanszírozás szempontjából megéri-e az adott terület tekintetében a pénzügyi befektetés. Az egészségügyi ellátás területén a fejlett minőségbiztosítási programokat működtető országokban is igen jelentős minőségi problémák vannak. Ezek a minőségi problémák elsősorban az érdekcsoportok észleléseit, a

betegeknek okozott nem szándékos károkozást, a nem hatásos eljárások fölösleges alkalmazását és az eredményes ellátások mellőzését jelentik. A gyenge minőség többlet költséget generál, így csökkenti a hatékonyságot. A finanszírozási szempontok ugyanakkor világszerte elsősorban a térítés módjára koncentrálnak, és nem fogalmazzak meg elérendő minőségi célokat. A minőség javulása a tudás megteremtésébe és fejlesztésébe történő beruházással, az ellátási folyamatok standardizálásával és a szervezeti jellemzők újratervezésével érhető el.

Az egészségügyi ellátó rendszerben az egyes érdekcsoportok a minőség különböző komponenseinek érvényesülésében érdekeltek. Az egyes komponensek nem mindig különülnek el teljesen egymástól, azok érvényesülése vagy sérülése kihat más komponensek érvényesülésének mértékére. Az eredményesség és a hatékonyság függ a szervezeti működéstől (hozzáférés), a beteg saját jellemzőitől, amely független az ellátás minőségétől, és természetesen az ellátás folyamatától (hatásos, megfelelő, időszerű, folyamatos, megfelelő, biztonságos). A betegek elégedettsége - mint ellátási eredmény - ugyanakkor a betegjogok érvényesülésének, az etikus, szeméremérzetet tiszteletben tartó ellátásnak, és az ellátás fizikai környezetének a függvénye.

Az érdekeltségi viszonyokat érdemes elkülönítetten vizsgálni **1)** az ellátást nyújtók, **2)** döntéshozók, **3)** egyéb külső befolyásoló csoportok és maguk a **4)** fogyasztók szempontjai szerint. Az első érdekcsoport határozza meg az ellátás minőségét, a második és harmadik befolyásolja, elvárásokat fogalmaz meg és felügyeli. A negyedik csoport elsősorban az elvárásait és értékelési szempontjait tudja meghatározni, de befolyása - kisebb lobbiszerű tevékenységektől és a paraszolvencia rendszertől eltekintve - hazánkban ma még nincs nagy hatással az ellátás minőségére.⁴³⁷

A hatékonyság (akár a technikai vagy allokációs) a szolgáltatót és a lakosságot nem, vagy csak kevésbé érdekli, az egyéni beteg-utak menedzsmentje, az egyéni egészségnyerés elérése során a források felhasználásának mértéke "nem számít". A paraszolvencia miatt az orvos ellenérdekel lehet a források racionális felhasználásában, a beteg minél több vizsgálatot, gyógyszert szeretne kapni, a termék előállító pedig minél több, drága terméket szeretne értékesíteni. Az ellátás szervezői körbe tartozó menedzserek, ellátók másfajta

⁴³⁷ A különböző érdekcsoportok ráhatása miatt az egyes minőségi összetevők mindegyike sérülhet, másrészt a fogyasztók, megrendelők és döntéshozók más és más elvárásokat fogalmazhatnak meg, mint aminek nyújtásában a szolgáltató érdekelt.

rendszerben dolgoznak: a megtakarításokból részesednek, így a költségek visszafogásában érdekeltek (ez negatív következményekkel is járhat: olyan ellátási formák nyújtásában - amelyek elmaradása hosszabb távon nem generál további költségeket, csak a betegek életminőségét javítják - nem érdekeltek, mint pl. rehabilitáció, fájdalom menedzsment).

Bár az eredményes ellátásban a legtöbb érdekcsoport érdekelt, az ezt elősegítő tevékenységek végzésében már megfigyelhető az érdektelenség vagy ellenérdekeltség. Az eredményesség fontos feltétele a megfelelő, időben nyújtott ellátás (megfelelőség, időszerűség, folyamatosság, hatásosság, biztonság), azonban ez megkövetelné az ellátóktól az előre definiált protokollok, irányelvek alkalmazását, a gondoskodást a betegek időben történő tovább utalásáról, ez viszont gyakran sérül mind a horizontális, mind a vertikális ellátói kapcsolatok során. A beteg sem mindig érdekelt egészsége helyreállításában, pl. ha a rokkant státusz anyagilag előnyösebb helyzetbe juttatja (a jelenlegi jogszabály tervezetek ezen kívánnak módosítani).

A hatásosság elvárása olyan körülmények megteremtését jelenti, ami képessé teszi az ellátókat a maximális egészségnyereség elérésére. Bár az ellátók elvileg ebben közvetlenül érdekeltek, de a technikai feltételeken túlmenően saját munkájukat is szabályok szerint kellene végezniük. Az intézmények vezetői tekintetében, akiknek a forrásokat kellene biztosítani, az érdekeltség alacsonyabb. Az egészségpolitikusok, egyéb döntéshozók elvi érdekeltségeik mellett olyan megszorító intézkedéseket hoznak, amelyek szinte lehetetlenné teszik az intézményi menedzsment számára (itt elsősorban a kórházakra kell gondolnunk), hogy a hatásos ellátás nyújtásának feltételeit biztosítani tudják (pl. létszám megszorítások miatt).⁴³⁸

Az időszerűség a szakmai folyamatok végrehajtása során akkor kerül előtérbe, ha a szükséges szolgáltatás nyújtásának késedelme csökkenti az eredményes ellátás esélyét. Mind intézmények közötti együttműködés, mind belső menedzselési problémák miatt sérülhet a minőség ezen összetevője. Szorosan kapcsolódik a folyamatosság kérdésköréhez. Az egyik kiemelt problémakör ezzel kapcsolatban a rehabilitáció, amikor az eredményes ellátás érdekében az akut történést követően 2-3 hónapon belül, szakmailag megfelelő rehabilitációs osztályon meg kell kezdeni az orvosi rehabilitációt. A felelősségek definiálása, a szükséglet

⁴³⁸ A hozzáférés elsősorban akkor torzul, ha az adott földrajzi környezetben a beteg szükséglete szerinti szolgáltatás nem érhető el (esélyegyenlőség torzulása), az intézmények a teljesítményre alapozott finanszírozás mellett ma már igyekeznek a rendelési idők kezelésén keresztül szolgáltatásaikat hozzáférhetővé tenni. Nem megoldott azonban sok esetben az előjegyzési rend működtetése, ami a beteget eltérítheti a szolgáltatás igénybevételeitől.

felismerésének és menedzselésének hiánya miatt a hazai rendszer számos problémával küzd ezen a területen is.⁴³⁹

Az adatminőség jelentősen befolyásolt a magasabb bevételre való törekvésben. A döntéshozók érdekeltjei közül érdemes kiemelni a finanszírozót. Pénzelosztó szerepet tölt be, különösebb érdekeltsége jelenleg nincs az ellátás minőségének biztosításában. Kivételként a hatásosságot és hatékonyságot lehet tekintetni, amiben a finanszírozó részben érdekelt: a hatásos, költség-hatékony technológiák, gyógyszerek befogadásához eljárást dolgozott ki és működtet. A finanszírozó, bár konkrét érdekeltsége nincs benne (a gyógyszerkassza kivételével), vizsgálja a szolgáltatott adatok minőségét is.

5.1.3.2 Az érdekcsoportok elemzése alapján összefoglalóan megállapítható, hogy

- 1) az ellátás minőségét a szervezeti és egyéni érdekek egyaránt befolyásolják;
- 2) a befolyásolás lehet pozitív vagy negatív irányú, a jelen magyar rendszer érdekeltségi viszonyai elsősorban a minőségi ellátás ellen hatnak;

A jelenlegi helyzetben az ellátók elsősorban:

- 1) A gazdaságos ellátások nyújtásában, illetve a volumen korlátok függvényében a volumen növelésében érdekeltek, amely túl-ellátáshoz (ismétlések, párhuzamosságok, feleslegességek), vagy nem megfelelő (drágább eljárás preferálása) ellátáshoz vezethet;
- 2) Nem érdekeltek a nem gazdaságos tevékenységek végzésében, amely alul ellátáshoz (ellátás elmaradása), vagy nem megfelelő ellátáshoz (nem a szükségletnek megfelelő ellátás) vezethet;
- 3) A fentiek alapján nem érdekeltek a standardizált ellátás végzésében (protokollok, irányelvek alkalmazások, a szervezetek standardok szerinti működtetése);
- 4) A háziorvosok nem érdekeltek a definitív (adott ellátási szinten befejezett) ellátásban, részben ezért, részben a zsúfoltság miatt, részben a beteg követelésére magasabb szintű ellátásra utalja a betegeket, ez szintén fölösleges ellátásokhoz vezet, kapuőri szerepüket nem tudják, és nem is akarják betölteni;

⁴³⁹ Az etikus, szeméremérzetet, betegjogokat tiszteletben tartó ellátás függ a dolgozók túlterheltségétől és a szakmától, és a betegek részéről várható paraszolvencia mértékétől.

5) Hiányzik az ellátás koordinációja, amely ugyancsak fölösleges ellátáshoz, a nem megfelelő ellátási szinten történő ellátáshoz, az időszerűség és megfelelőség sérüléséhez vezet;

6) A fogyasztók (lakosság) egészségkultúrája, nem kellő ismeretei, szokásai jelentősen hozzájárulnak a magas orvos-beteg találkozási számhoz;

7) Az érdekeltség hiánya, esetleg ellenérdekeltség miatt a beteg sokszor nem érdekelt az orvosi ajánlások megtartásában, az együttműködésben, ez rontja az ellátások hatékonyságát és eredményességét;

8) Az ellátás nyújtásának minőségét alapvetően az ellátók szándéka és tevékenysége határozza meg, az ellátottak, a lakosság ehhez részben járul hozzá, más érdekcsoport szerepe nem jelentős (beleértve a hatóságokat, a finanszírozót, a tulajdonost és a szakmai szervezeteket egyaránt). Ugyanakkor az ellátás végrehajtásának feltételeit (finanszírozható létszám, eszközpark, szakmai és szervezeti szabályrendszer, jogi keretek), amelyek jelentősen kihatnak az ellátási folyamatok végrehajtásának mikéntjére és az elért eredményekre, elsősorban a döntéshozók (tárca, finanszírozó, tulajdonos) befolyásolják.

5.1.3.3 A volumen szerepe a kórházi ellátások megítélésében

Kiindulópontként rögzíthető az az általánosan elfogadott megállapítás, amely szerint a nagyobb esetszámot ellátó, így tapasztalattal, gyakorlattal rendelkező osztályok, ellátó csapatok ellátási eredményei (gyógyulási arány, szövődmények aránya, diagnosztika pontossága, stb.) kedvezőbbek, mint az adott beavatkozást ritkán végzők körében. A volumen adatok - *elsősorban a kórházi ellátásban* - önmagukban azonban nem adnak felvilágosítást arról, hogy hány munkatárs között oszlanak meg a feladatok, a tapasztalat, a gyakorlat mennyire jellemzően azonos vagy különböző a kórház érintett részlegei vagy dolgozói körében.⁴⁴⁰

Amennyiben egy-egy intézményben alacsonyok az éves esetszámok, a háttérben lehet nem halasztható, azonnal elvégzendő beavatkozás, vagy egy újonnan elkezdett tevékenység felfutóban levő esetszámai, esetleg adatközlési hiba. Egyes beavatkozások

⁴⁴⁰ A fenti gondolatmenetből az is következik, hogy a nagyon magas esetszámok is minőségi romláshoz vezethetnek, a túlhasznált munkatársak, a túlságosan rutinná váló feladatok végzése talaját képezheti a tévedéseknek, a hibák elkövetésének, az időhiányból fakadó mulasztásoknak. Az, hogy mikor tekinthető egy esetszám túlzottan magasnak, csupán a volumen adatok alapján nem állapítható meg, az eljárások biztonságos végzéséhez szükséges feltételek mellett ismerni kell a közreműködő munkatársak létszámát, egyéb leterheltségüket, más kapacitási és környezeti feltételeket egyaránt.

esetében előfordulhat, hogy az adott intézményben nem fekvőbeteg, hanem járóbeteg-ellátás keretében történik végrehajtásuk, így bár a fekvőbeteg esetszám alacsony, az adott beavatkozás szempontjából az intézmény mégis jelentős gyakorlattal, tapasztalattal rendelkezik.⁴⁴¹

Az esetszámok tájékoztatást adhatnak a tervezett, vagy tervezhető beavatkozásokat végző intézményekről mind a beutalást kezdeményező orvosok, mind az ellátást igénybe venni szándékozó betegek számára, illetve felhasználhatók az egészségügyi szolgáltatások tervezéséhez, a szükséges kapacitások racionalizálásához, új szolgáltatások indításához, vagy már működő egységek bezárásához, de a szolgáltatások minőségének mérésben csak erős korlátokkal, elsősorban számolt indikátorok input adataiként alkalmazhatók.

5.1.3.4 Összegzésként a volumen adatok

- elsősorban az ellátás tervezéséhez alkalmazhatók – alacsony esetszámok ellátása kevesebb tapasztalatot jelent, ami valószínűleg minőségromláshoz vezet (elsősorban hatásosság, eredményesség, hatékonyság, megfelelőség szempontjából)

- célszerű törekedni arra, ne sok, kevés esetszámot ellátó szolgáltató, hanem inkább kevesebb, nagyobb esetszámot ellátó szolgáltató működjön egy-egy meghatározott kórkép, beavatkozás végzésére vonatkozóan.

- csak a volumen adatok ismeretéből a szolgáltatások minőségére vonatkozóan nem lehet következtetéseket levonni.⁴⁴²

Az egészségügyi szektorban a minőségen alapuló finanszírozási megkülönböztetés nehéz, viszont ennek hiánya azt jelzi az ellátóknak, hogy a minőség nem számít. A pénzügyi ösztönzők minden finanszírozási forma (költségvetés, fej kvóta, tételes) esetén alkalmazható.

⁴⁴¹ Bármennyi beavatkozást is végez egy intézmény, csak az esetszámokból nem állapítható meg, hogy az adott beavatkozás ténylegesen szükséges volt-e az adott beteg számára, az nem volt-e fölösleges, vagy valamely más ellátási forma nem hozott volna-e kedvezőbb egészségi eredményt a beteg számára.

⁴⁴² Mivel az intézmények térítése a jelentett eseteken alapul, valamennyi orvos-beteg találkozás, illetve kórházi felvétel rögzítésre kerül. Hiányosságok a kórházi ambulanciákon való megjelenések rögzítésében lehetségesek. A kórházi állományban különösen a műtéti ellátásoknál az eljárások rögzítése tekinthető megbízhatónak. Kevésbé megalapozottak azok az információk, amelyek a fekvőbeteg ellátásban a térítés összegét befolyásolják (kísérőbetegségek, szövődmények, vagy az újszülött súlya), illetve az ápolást indokáluló szolgáló diagnózis, különösen, ha az krónikus betegséget jelöl. Tapasztalatok szerint a beteg saját jellemzői, a dátum adatok, a halálozási státusz megjelölése, jól alkalmazhatóak indikátorok képzéséhez. A járóbeteg-ellátásban a kiegészítő tevékenységként felsorolt tevékenységeket - *a tételes elszámolás miatti érdekltség miatt* - nem tekinthető elfogadható információnak. Itt az elsődleges felhasználható információ maga a megjelenés, és kevésbé a megjelenés során végzett vizsgálat, beavatkozás, tanácsadás. A járóbeteg megjelenések így elsősorban a kórházi ellátás utáni felülvizsgálatok, illetve a háziorvosi kompetenciakörbe tartozó gondozási tevékenység kontrollálására (indikátor képzésre) teremtenek lehetőséget.

Az ösztönzők lehetnek bónuszok, büntetések, és ezek kombinációja, alapulhatnak a szolgáltatók versenyén, vagy előre definiált célértékek teljesítésekor.⁴⁴³

Az ellátók teljesítésére vonatkozó összehasonlító adatok hiánya hozzájárul ahhoz az örökös hiedelemhez, hogy a minőség nem komoly probléma és a minőség viszonylag egyforma a különböző szolgáltatóknál. A nyilvánosan elérhető teljesítési adatok képezik a harmadik módot ahhoz, hogy a vásárlók, vagy más érdekcsoportok törekedjenek az ellátás minőségének befolyásolására.⁴⁴⁴

Kiemelt súlyosságú esetek nem csupán progresszivitási szint szerint koncentrálódhatnak egy-egy szolgáltatónál, hanem az ellátási területen élő lakosság összetétele (pl. rossz szociális háttér), speciális gyakorlattal rendelkező orvos team, vagy csupán a véletlen betegáramlás miatt is. Enyhe esetek ugyancsak koncentrálódhatnak, pl. a kapacitás kihasználásra való törekvés miatt (indokolatlan felvételek), súlyosabb betegek elhárítása, vagy az ellátási területen élő lakosság összetétele miatt (pl. magas iskolai végzettség, jó egészségkultúra).

Az indikátorok képzése sok esetben egy-egy betegségcsoportra vonatkozóan történik.⁴⁴⁵ A látszólag legjobb érték mögött is lehet gyenge teljesítmény, a látszólag leggyengébb érték is lehet kiváló, ezért az indikátorok alkalmazásakor az igazi cél a szélsőértékek egymáshoz való közelítése, a változékonyság, a szórás csökkentése.

Előfordulhat, hogy egy adott intézmény valamely szakterületen kiváló, máshol kevésbé, vagy gyenge, illetve kiváló szakmai munka mellett is érheti kritika a hangnemet, bánásmódot, és fordítva.

Sürgősség esetén nincs lehetőség mérlegelésre, a sürgősségi beutalási rend szerint mozog a beteg (elvben), választott ellátás esetén viszont a törvénytervezet szerint a betegnek csak korlátozott lesz a választási lehetősége. Nyilvános minősítési rendszerben a beteg nagyon

⁴⁴³ Tapasztalatok szerint az OEP állománya elsősorban a betegkövetésen alapuló szolgáltatás értékelésre, kistérségi egyenlőtlenségek feltárására (pl. rehabilitációhoz való hozzáférés), illetve közösségre alapozott ellátás értékelésre (pl. gyógyszerfogyasztás meghatározott indikációs körben) alkalmasak.

⁴⁴⁴ Minőség alapú vásárlás hatásait vizsgáló kutatási eredmények alig ismertek. A potenciális ösztönzők azonban utalhatnak nem szándékolt következmények kialakulására. Ilyen lehet, hogy a szolgáltatók szakmai, vagy személyi motivációja eltolódhat azon területekről, amelyek nem tartoznak a vásárlási stratégia szempontrendszerébe, ezzel ott minőségromlást okozhatnak (pl. források elvonása, átcsoportosítása az értékelés alá vont területekre). Tapasztalati eredmények hiányában csak a logika alapján lehet azt kimondani, hogy az az erőfeszítés, hogy a vásárlók kommunikálják azt, hogy a minőség és a biztonság kérdései a szolgáltatókkal való kapcsolatok építése során fontos szempont, elősegítheti a figyelem felkeltését a minőség és minőségfejlesztés irányába.

⁴⁴⁵ Például az egyes beavatkozásokat követő halálozási, vagy szövődményekre vonatkozó mutatók meghatározásához, a statisztikai értelmezhetőséghez, és esetleg a kockázatokra történő kiegyenlítéshez, minimális éves esetszám szükséges (pl. minimum évente 30, 50, vagy több), ez viszont nem minden intézményben fordul elő, pedig végzik az adott betegség, betegcsoport kezelését. Ráadásul alacsonyabb esetszám mellett általában kedvezőtlenebb az ellátás minősége, így az indikátorokkal jellemzett területekről épp ezen szolgáltatók maradnak ki.

rosszul érezheti magát, ha az indikátorok alapján a legrosszabbak közé sorolt kórházak közül választhat csak.⁴⁴⁶

Az egészségügyi ellátás során hihetetlen mennyiségű adat keletkezik, amelynek tételes ellenőrzésére sosem lesz lehetőség. Ismert, hogy az adatgyűjtés célja befolyásolja az adatok tartalmát, így a minőségi megítélés céljára gyűjtött adatok ennek érdekében – nemzetközi tapasztalatok szerint is – torzulnak.

Nincs minden szakterületre ismert, nemzetközileg tesztelt indikátor, és a biztosítási szerződésekhez nem minden szakma esetében lehet értelmes indikátorokat képezni. Ez nem csak kórházi szinten jelent problémát, hanem a járóbeteg-ellátás majdnem teljesen kimaradna ebből a körből. Járóbeteg-ellátásban az ellátó felelőssége a betegellátási folyamatban sokszor csak konzultáció jellegű, érintőleges, ezért szakmai mutatók képzése csak szűk területre vonatkozóan ismertek.

Az egészségügyi szolgáltatások, szolgáltatók minőségi indikátoraival kapcsolatban a következő összefoglaló megállapításokat lehet megfogalmazni:

- alapadatként a reguláris adatgyűjtésből származó adatokat célszerű felhasználni, mert ez teszi lehetővé a minden érintett szolgáltatóra kiterjedő folyamatos mérést és értékelést;
- az adminisztratív adatokból származó indikátorok értékelése során figyelembe kell venni azok valósághűségét - az indikátorok visszajelzése ezt javíthatja;
- az adminisztratív adatok alkalmazása ugyanakkor szűkíti a képezhető indikátorok körét, mivel a felhasználható adatelemek köre adott - célszerű az adatgyűjtési rendszert a minőségi indikátorok képzését támogató irányba terelni;
- az indikátor akkor jelzi egy szolgáltató minőségét, ha az adott szolgáltató kontrollálja a mért folyamatot, vagy kimeneti indikátor esetén, az eredményhez vezető folyamatokat. Az elemzendő indikátorokat ezért gondosan kell megválasztani;
- az indikátorok eredményeit a szolgáltatás minőségétől függetlenül számos egyéb tényező befolyásolhatja,⁴⁴⁷ ezért az indikátorok önmagukban általában nem alkalmasak a szolgáltatók minősítésére, a következtetések megfogalmazását gondosan mérlegelni kell;
- indikátorokkal csak a jelentős esetszámot, volument érintő területeket lehet lefedni;

⁴⁴⁶ A választás hiánya egyébként a szolgáltatók minőségre való törekvését is gyengíteni fogja.

⁴⁴⁷ beteg saját jellemzői, külső ellátói környezet.

- szolgáltatók sorrendbe állítására a minőségi indikátorok önmagukban általában nem alkalmasak;

- a minőségi indikátorok alkalmazása a minőség külső megítélésére a közösségre alapozott ellátás értékelésében hasznosulhatnak;⁴⁴⁸

- az indikátorok kiválóan alkalmazhatók a szolgáltatások elemzésében, a változékonyság feltárásában, a hozzáférés, esélyegyenlőség kérdéseinek elemzésében, kutatási tevékenységgel ezek okainak feltárásaiban;

- elsősorban a trendek követésével a belső minőségfejlesztési tevékenységet támogatják, a fejlesztendő területek priorálásával, a végrehajtott struktúra és folyamat átalakítások hatásainak vizsgálatával, a belső céltértékek teljesítésének vizsgálatával.

5.1.4. Kihívások az egészségügy finanszírozási rendszer modernizációja során, javaslatok

Az új egészségügy-finanszírozási modell kialakításakor ("több-biztosítós modell") szilárd és konzisztens jogszabályi alapokra lenne szükség. Ez jelenthetne egy törvényi szintű keretjogszabályt. A megalkotandó kerettörvénynek tartalmaznia kellene a lehetséges intézménytulajdonosok,⁴⁴⁹ az ellátó intézmények, a biztosítók és az intézményi keretrendszer egyéb szereplőinek jogait, kötelességeit és felelősségeit, a működésükhöz szükséges kompetenciákat, illetve együttműködésük elvárt módját. Különösen fontos, hogy a biztosítók tudják, milyen feltételek mellett nyújthatnak egészségbiztosítási szolgáltatásokat, és mely tevékenységek minősülnek összeférhetetlennek. Fontos elkülöníteni a kezdeti szabályozási keret kialakítását, illetve a későbbi módosítások folyamatának szabályozását. Mivel rendkívül komplex szolgáltatásról van szó ezen a piacon, ezért előzetesen szinte lehetetlen a leghatékonyabb szabályozási környezet kialakítása, így az utólagos módosításokra nagy valószínűséggel szükség lesz. Ennek a folyamatát azonban előre szükséges lenne rögzíteni.

Ebben a részben a magánbiztosítás során figyelembeveendő szempontok kerülnek bemutatásra, elsődlegesen a várható újraszabályozandó kérdéseknek a felvetéséről, másrésről pedig a piacra belépni szándékozó magánbefektetők szempontjából fontos érdekekről. Kiindulási pontként az alábbiakat kell alapul venni:

⁴⁴⁸ alapellátás, irányított betegellátás, illetve több-biztosítós modell esetén a biztosítók munkájának megítélésében.

⁴⁴⁹ így a helyi önkormányzatok, az állam, a magánszféra.

El kell érni, hogy a kormány (illetve a létrehozott intézményrendszer szereplői) által a biztosítási csomagokban érvényesített változtatások - főként a biztosítási csomag bővítése - járjon együtt annak költségvetési lekövetésével. A források és a kifizetések arányosságát tehát fenn kell tartani, a biztosítók által nyújtandó kötelező társadalombiztosítási szolgáltatásoknak, és az ezek fedezetét biztosító forrásoknak együtt kell mozogniuk, a járulékmértékeket érintő változtatást csak a biztosítási csomag felülvizsgálatával együttesen lehet megtenni. Ez azt jelenti, hogy nem definiálható új kötelező társadalombiztosítási ellátás - illetve nem módosítható a meglévő természetbeni ellátások mértéke - anélkül, hogy ennek forrásoldali fedezetét rendelkezésre bocsátanák. A kötelező társadalombiztosítási szolgáltatásokról szóló döntések meghozatalában a biztosítói érdekeket is képviselni kell tudni.

E kérdés kapcsán el kell különíteni a kiinduló állapot meghatározásának a problémáját, és a rendszer későbbi működtetésének mechanizmusát. A működtetési mechanizmus alapvetően kétféle lehet: az egyensúly megbillenése esetén vagy a csomagot kell a járulékmérték által lehetővé tett szinthez igazítani, vagy fordítva, adott csomagot feltételezve, a járulékszintet kell kiigazítani.

A rendszer indulásakor és működtetése során meg kell tartani a biztosítottak szabad biztosítóválasztásának lehetőségét. A biztosítónál történő regisztrációkor tudni kell ellenőrizni az ellátásra való jogosultságot⁴⁵⁰ Regisztráció nélkül biztosítási szerződés nem köthető.. A biztosítottak célszerűen az ország teljes területéről bármelyik versengő biztosítót választhatják, de csak évente egyszer jelentkezhetnek át.

Az egyes biztosítóknak a jogosultságot igazolni képes biztosítottat nem szabad elutasítaniuk, különben elindul a kockázati szelekció (lefölözés) kontrollálhatatlan, és piactorzító folyamata. Ezzel analóg módon az érvényes szerződéssel rendelkező biztosított szerződését egyoldalúan felmondani nem lehet.⁴⁵¹ A magas egyéni kockázatú biztosított számára is finanszírozni kell minden jogosan igénybe vett ellátást. Az "elfogadási kötelezettség" nyomán természetesen előfordulhat, hogy egy biztosítónál az átlagnál több magas kockázatú egyén regisztrál. Ezeket az eseteket intézményesített kockázatkiegyenlítő mechanizmusok segítségével kell ellensúlyozni.

A jogosultság ellenőrzéseivel kapcsolatos felelősséget meg kell osztani a biztosítókkal. A kezdeti regisztráció módjának szabályozása úgy kellene, hogy történjen, hogy aki nem lép be

⁴⁵⁰ egyéni járulékfizetést vagy más ok miatti jogosultságot.

⁴⁵¹ biztosítás a jogosultság megszűnése miatt szűnhet meg, de ebben az esetben is szabályozni kell az újrakötés folyamatát.

valamelyik biztosítóhoz, az az Országos Egészségbiztosítási Pénztárnál maradna. Ennek a kérdésnek a megválaszolása jelenleg nehézségekbe ütközik, mivel nem született döntés arról, hogy az OEP megszűnik, vagy megmarad. Amennyiben megszüntetésre kerülne, abban az esetben pedig nem egyértelmű a jelenlegi elképzelés arról, hogy egy-egy magánbiztosító regionálisan kerül-e megalakításra, vagy az egész országban kistérségekre alapozva gyűjtheti-e majd az ügyfeleket. Az egyéni jogosultság nyilvántartása és ellenőrzése a Felügyelet⁴⁵² feladata és felelőssége kellene, hogy legyen és ott kellene működtetni a közhiteles nyilvántartást is.. A biztosító a tagjai után kellene, hogy megkapja a megfelelő összegű fejkvótát, illetve ha azt az értesítést kapja, hogy a tagjának a jogosultsága megszűnt, akkor a biztosító helytállási kötelezettsége minél előbb meg kellene, hogy szűnjön meg.

A kezdeti regisztrációval kapcsolatos biztosítói álláspont jelenleg nem egyértelmű. Az alapvető kérdés az, hogy a biztosítók csak új belépőket fogadnak-e majd, vagy elképzelhető az, hogy a megadott időszak végéig egyik biztosítóhoz sem regisztrált jogosultak valamilyen módszertan szerint a piacra lépő biztosítókhoz rendelődnek. A biztosítóknak a kockázatminimalizálás miatt alighanem rövid távon komoly érdekük fűződne az OEP fennmaradásához. Azoknak a biztosítóknak az esetében, amelyek az induláskor "életképtelennek"⁴⁵³ bizonyulnak, kivonulási lehetőséget kellene biztosítani, jelentős veszteség⁴⁵⁴ elvesztése nélkül. A jogosultság megszűnését, illetve díj nem fizetést követő szerződésbontás, illetve a későbbi újrakötés szabályozásának⁴⁵⁵ kérdése jelenleg nehezen megválaszolható. A megszűnő biztosítók ügyfeleinek sorsát ugyanis előzetesen kellene szabályozni.

Forráselosztás: kockázatkiegyenlítő mechanizmusok

Mind a központilag beszédett járulékok, mind az egyéb jogosultság után járó állami térítések esetében szükséges a biztosítók közötti kockázati kiigazítás intézményrendszerének kialakítása, majd éves felülvizsgálata és folyamatos korrekciója. A kockázati kiigazítás alapvető módszere a fejkvóta meghatározása.⁴⁵⁶ A kiigazítás másik formája a közös kockázati alap kialakítása, melyből a drága ellátások előre meghatározott körét lehet finanszírozni.⁴⁵⁷ A kockázatkiegyenlítő mechanizmusokat - és főként azok változtatásának folyamatát - törvényi

⁴⁵² vagy valamely más független állami szerv.

⁴⁵³ kevés ügyfelet regisztráló.

⁴⁵⁴ Például a szavatoló tőke.

⁴⁵⁵ milyen átmeneti időt kell a biztosítónak finanszíroznia, illetve ezen időszak alatt ki viseli a kockázatot.

⁴⁵⁶ legalább kor, nem, lakóhely szerinti súlyozással, de ez kiegészíthető további elemekkel.

⁴⁵⁷ például a szervtranszplantáció esetében.

szinten lenne szükséges rendezni a rendszer indulása előtt, támaszkodva a nemzetközi tapasztalatokra. A kockázatkigazítási séma egyszerű meghatározása lehetőséget teremtene arra, hogy a biztosítók kockázati szelekciót folytassanak az ügyfelek között. Az ügyfél helyes kiválasztása így versenytényezővé válhatna.

A biztosítók adminisztratív kiadásainak korlátozása

Az állam és a biztosítottak védelmében, a járulékok egészségpolitikai szándék szerinti felhasználása végett, a biztosítók üzleti érdekében és a kommunikálhatóság érdekében is várható annak egyértelmű szabályozása, hogy a biztosítók bevételeiből mekkora hányad fordítható a biztosításszervezésére, marketingjére, irányítására, szakértői szolgáltatásokra, valamint a biztosítók egyéb működési és adminisztrációs költségeinek fedezésére.

Szolgáltató-kiválasztás

Kórházak, rendelőintézetek, egyéb ellátók esetében

A szolgáltatók közötti minőségi, és hatékonysági verseny előmozdítása érdekében az lenne a célszerűbb, ha a biztosítóknak nem lenne kötelező minden ellátó intézménnyel szerződniük. Nagyon fontos megjegyezni, hogy a szerződéskötés eszközét a betegirányításra rendelkezésre álló eszközökkel együtt kell figyelembe venni. Optimális hatásmechanizmus a következő lehetne:

1) A biztosító az általános szerződési feltételeknek megfelelő, kvázi-piaci szerződést köthetne azokkal az ellátó intézményekkel, amelyek megfelelnek az általa támasztott minőségi kritériumoknak. Az így kötött szerződésekben lehetőség lenne egyedi⁴⁵⁸ finanszírozási mechanizmusok kialakítására. A kezdeti időszak tekintetében át kellene gondolni, hogy adott esetben ilyen eltérés egyáltalán ne legyen megengedett.

2) A biztosító térítési kötelezettsége azokkal az ellátó intézményekkel szemben is fennállna, amelyekkel nem kötöttek szerződést,⁴⁵⁹ ám az ilyen kapcsolatokban a Felügyelet által meghatározott referenciatarifákat kellene alkalmazni, amelyek az egyedi szerződéses tarifáknál kedvezőtlenebbek lehetnének. Mindemellett a biztosítónak komoly lehetőséget kellene biztosítani arra, hogy a betegirányítás eszközeivel - beutalási protokollokkal, co-paymenttel – befolyásolni tudják a beteg intézményválasztását. Ez azt jelenti például, hogy a nem szerződött (nem preferált) szolgáltatónál igénybe vett, nem sürgősségi ellátás

⁴⁵⁸ a referenciatarifánál kedvezőbb

⁴⁵⁹ ám ott a beteg megjelent, megjelenhetett, és jogszerűen elláthatták.

költségének meghatározott százalékát köteles lenne a beteg a biztosító felé megtéríteni. Ez a rendszer lehetőséget adna a szelektív vásárlásra, ugyanakkor nem tiltaná meg kifejezetten a betegek számára, hogy a biztosítóval nem szerződött ellátó intézményekben vegyenek igénybe egészségügyi szolgáltatást.⁴⁶⁰ A rendszer kiegészíthető hálózati típusú normatívákkal, amelyek értelmében pl. regionális elven, illetve az elfogadható elérési távolság elvén, meg lehet határozni a szerződött ellátó intézmények, illetve ellátási kapacitások minimális volumenét, az egyes biztosítók pedig kötelesek lennének legalább annyi intézménnyel szerződni, amennyivel teljesíteni tudják az e minimumfeltételekre vonatkozó előírásokat.⁴⁶¹ A szerződésekben szereplő árak ellenőrzési jogát a Felügyelethez kellene telepíteni, melynek mind a biztosítót, mind az ellátókat védelemben kellene részesítenie az erőfölénnyel való visszaélés elkerülése érdekében. Kérdés, hogy a kapacitás lekötés tényleges⁴⁶² kapacitást jelentene-e, vagy pedig inkább csak egy elvi keretszerződést a biztosítottak területi eloszlása alapján, kizárandó a jelentős, és kezelhetetlen túl keresletet. Míg az első esetben a kapacitás lekötésének üzleti értéke van,⁴⁶³ addig a második esetben a kapacitásfoglalás csak a kapacitástervezés eszköze. Az első esetben a biztosító mondja meg, milyen kapacitást kíván lekötni, míg a második esetben ez egy előzetesen meghatározott norma szerint történik.⁴⁶⁴

Az alapellátás (fogorvos, háziorvos) szerződései esetében

Motivációs és közgazdasági értelemben nem lenne racionális megoldás annak kötelezővé tétele, hogy a biztosítók minden háziorvossal, szakorvossal szerződéses viszonyt létesítsenek. Itt is a - meghatározott norma alapján értelmezett - területi lefedettség lehetne a megfelelő eszköz, azzal kiegészítve, hogy minden, a biztosítóhoz bejelentkező személynek megfelelően megközelíthető alapellátót kellene tudnia választania.⁴⁶⁵ A biztosítók érdeke a szelektív vásárlás lehetősége lenne, és a szerződött orvosokkal való differenciált szerződéskötés lehetősége. A háziorvosok esetében azért is lényeges ez a szempont, mert kapuőri funkciójuknál fogva az ellátási költségek visszafogásában fontos szerepet játszanak, így

⁴⁶⁰ ugyanakkor ennek költségeit, anyagi következményeit viselnie kellene a választás jogával élő betegnek.

⁴⁶¹ Azokban az esetekben, amikor az ellátók helyi monopóliumok, az erőfölénnyel való visszaélést is ki kellene zárni a rendszerből.

⁴⁶² más biztosító számára nem elérhető

⁴⁶³ a biztosító felé pedig a lekötött kapacitás mindenképpen valamilyen fix költséggel jelentkezik, a többi biztosító kizorítására irányuló érdek így ütközik a teljesítményfinanszírozási érdekével.

⁴⁶⁴ a biztosítók ugyanakkor lehetőséget kaphatnak arra, hogy az ellátók ki nem használt kapacitása terhére megpróbáljanak máshonnan is odaterelni betegeket az előnyösebb feltételeket kínáló ellátóhoz.

⁴⁶⁵ egy eddig lefedetlen területről belépő esetében tehát kötelezően szerződést kellene kötnie a belépő által megjelölt alapellátó orvossal.

legalább azokon a területeken, ahol több háziorvossal lehet szerződni (pl: a városokban), meg kellene, hogy legyen a biztosítói nyomásgyakorlás lehetősége.

Szakmai kidolgoása a működési alapoknak az irányelvek bevezetése révén az egészségügyben

Az ellátás finanszírozásának transzparenciája érdekében nemzeti szinten meg kellene határozni a szolgáltatók által követendő, és a biztosítók által ezzel szinkronban finanszírozandó ellátási tartalmat, és folyamatát. Ennek eszköz lehetne általános szakmai irányelvek (protokollok) kidolgoása.

1) A szakmai irányelveknek kellene meghatározniuk, hogy milyen ellátást (diagnosztikai folyamatot, gyógyszeres, és nem gyógyszeres terápiát, valamint utókezelést) kell az ellátóknak nyújtaniuk, a biztosítóknak pedig finanszírozniuk az egyes betegségek esetében. Az irányelvek összességének kellene előírnia, hogy a társadalombiztosítási alapsomag ellátásainak milyen (minimális) szakmai tartalma van, így alapvetően ezek határoznák meg az ellátási költséget, illetve - az irányelvekben szereplő beavatkozásoknak a teljesítményfinanszírozási rendszerekben leképezett költségintenzitásán keresztül – a finanszírozást.

2) A szakmai irányelvek kialakításának célszerűen lobbizási érdekektől függetlennek kellene lennie, az orvos szakma és az egészségügyi közgazdaságtan feladatának kellene tekinteni. Az irányelvek kidolgozásánál fontos lenne, hogy az jól szervezeten, központilag történjék, szakmai munkacsoportokban,⁴⁶⁶ azonos elvek mentén az egyes szakmacsoportokra. A munkacsoportok munkájában a Felügyelet, a biztosítók, az ellátók, a minisztérium, és a szakmai kamarák által közösen delegált orvosok, gyógyszerészek, informatikusok és egészségügyi közgazdászok vennének részt.

A versengő több-biztosítós piac kialakításának egyik legérzékenyebb területe az egészségügyi szolgáltatókkal szembeni árak, díjak meghatározásának módja:

1) A biztosítók, és a velük szerződéses kapcsolatban nem álló ellátó intézmények között szükség van olyan általános referenciatarifák meghatározására, amelyek a térítés alapját jelenthetik. Ennek az országosan egységes tarifa keretrendszernek a kialakítása a Felügyelet feladata lehetne, egy, a terv- és tényköltségeket gyűjtő, elemző, és a tarifákat költségalapon meghatározó szakértői műhely (esetlegesen külön szervezet: Tarifahivatal) működtetése

⁴⁶⁶ és nem decentralizáltan, a szakmai kollégiumokban.

révén. A szakértői csoport (vagy Tarifahivatal) feladata ehhez kapcsolódóan a HBCs rendszerben használt, költségigényességet kifejező súlyok teljes revíziója lenne. A szakértői műhely független orvos szakmai elemzőkből, és közgazdászokból állhatna.

2) A biztosítók, és a velük szerződött ellátók közötti egyedi tarifákat az egységesen kidolgozott referencia tarifákhoz képest lehetne megállapítani. A rendszer kialakításának korai fázisában az egyedi tarifáknak a referenciatarifákhoz képest nem szabadna jelentős mértékben eltérniük. Amennyiben mégis eltérnének, az eltérést a Felügyeletnél be kellene jelenteniük, indoklással együtt.

A biztosítók *elméletileg* egy olyan működési környezetben lehetnének érdekelték, ahol az ellátókkal kötött szerződésekben szereplő tarifákat "szabadpiaci" elven határozzák meg. A biztosítók valódi érdeke egy olyan referencia tarifarendszer lenne, amely számukra hiteles, alapul vehető, az ellátások valós költségviszonyait tükrözi vissza, és egy valóban független intézmény által kerül kialakításra. Ez az intézmény a Felügyelet alá rendelten működő szakértői csoport (vagy Tarifahivatal) lehet. A biztosítóknak a minden rendszerszereplő számára hiteles referenciatarifa-rendszer megőrzése érdekében el kellene fogadniuk a referenciatarifák független szakértői meghatározását. A biztosítóknak ugyanakkor arra kellene törekedniük, hogy a kialakított tarifákkal kapcsolatban véleményezési jogot szerezzenek. A biztosítók érdeke, hogy a referenciatarifa-rendszert oly módon alakítsák ki, amely kizárja a jelenlegi OEP bázisán létrejövő biztosító automatikus versenyelőnyét. Biztosítói érdek, hogy rövid távon a díj eltérítés lehetősége szigorúan korlátozott legyen. A díjeltérítést biztosítói szemszögből fokozatosan célszerű bevezetni úgy, hogy elméleti lehetőség nyílik negatív irányú díjeltérítésre is. A pozitív irányú díjeltérítés alapja a minőségi kritériumok teljesítése kellene hogy legyen.

Egészségbiztosítási Felügyelet

A több-biztosítós piac egységes működési minősége, a piaci kudarcok minimalizálása, a betegellátás minőségének garantálása, az ellátók finanszírozási szerződések szerinti működésének kikényszerítése, valamint a versengő biztosítók közötti érdekkonfliktusok hatékony kezelése érdekében az Egészségbiztosítási Felügyelet (Felügyelet) hatáskörét és feladatait ki kellene terjeszteni ezekre a biztosító pénztárakra is.

Felügyelet feladata lenne ezek alapján:

1) A biztosítók tevékenységének felügyelete, a szolgáltatók hatékony és szabályszerű forrásfelhasználásának monitorozása, és ellenőrzése, a rendszerszintű kapacitásmenedzsment,

az egészségügyi szolgáltatásokat igénybe vevők jogainak védelme, a befogadott gyógyászati technológiák költséghatékonysági szempontú ellenőrzése,

2) A biztosítási szolgáltatásokkal, az ellátórendszerrel kapcsolatos minőségi információk kezelése, és az ellátói és biztosítói akkreditáció,

3) A jogszabályi előírások megsértése esetén a szankcionálás. A Felügyelet ebben a minőségében mind a kötelező társadalombiztosítási, mind a kiegészítő egészségbiztosítások piacát ellenőrizhetné.

Az egészségügyi ellátási szintek közötti betegáramlás kontrollja – a beteg-utak követése és szervezése:

A beteg-utak megfelelő menedzselése a rendelkezésre álló források hatékony felhasználását, és az ellátás minőségének javítását segítik elő. Ezek a kérdések igen relevánsak a magánbiztosítók számára. Az ellátás hatékonysága, megfelelősége, időszerűsége és eredményessége közvetlenül, és közvetve egyaránt érinti a biztosító kiadásait. A hatékonysággal összefüggő kérdések direkt módon befolyásolják a költségeket - így az üzleti eredményességet. A megfelelőség, az időszerűség és az eredményesség hatása pedig közvetett.⁴⁶⁷ A rossz minőségű, vagy elmaradt ellátás következtében szükségessé válhatnak magasabb progressziós szinten, nagyobb költséggel végzett ellátási formák, melyek szintén a biztosító költségvetését terhelik majd. A betegek által érzékelt minőség a biztosítók közötti verseny, és a potenciális ügyfelek megnyerése szempontjából is releváns, hiszen az ügyfelek elsősorban ezen faktorok alapján fogják maguknak biztosítót választani.⁴⁶⁸

Az egészségügyi hálózaton belül a több biztosítós rendszerben is a háziiorvosi szolgáltatásoknak kell az alapot jelenteniük, hisz a háziorvos az az egészségügyi végzettségű személy, akivel a biztosított betegsége esetén először találkozik, illetve az évek során bizalmas orvos-beteg kapcsolatot alakít ki. A háziorvoson keresztül a biztosító is jobban tud „hatni” a betegre, mint az esetleges közvetlen megkeresések útján. Harmadrészt az is megállapítható, hogy egy adott beteg és betegség kezelése annál költséghatékonyabb, minél

⁴⁶⁷ Egészségügyi Minisztérium: Program az egészségügyi ellátórendszer átalakítására és a nemzet egészségének fejlesztésére, Budapest, 2000.

⁴⁶⁸ A beteg-utak standardizálására, szakmai irányelvek, módszertani levelek, helyi eljárásrendek (protokollok), az ellátások igénybevételének, és minőségének nyomon követésére elemző rendszereket kell használni.

alacsonyabb ellátási szinten történik meg az adekvát terápia alkalmazása. Az eszköz- és ösztönzési metodikáknak tehát a fenti alapelvekre kell koncentrálniuk.⁴⁶⁹

Annak érdekében, hogy a házi orvos a jelenleginél hatékonyabban be tudja tölteni kapuőr funkcióját, a sürgős ellátást igénylő esetek kivételével elő kell írni, hogy minden egyes járó- és fekvőbeteg ellátási szolgáltatást csak, és kizárólag házi orvosi beutalóval lehessen igénybe venni. A jelenleg hatályos szabályok értelmében a járóbeteg ellátások egy része csak beutalóval vehető igénybe. Ezek esetében meg kellene szüntetni annak a lehetőségét is, hogy emelt összegű vizitdíj megfizetésével a beteg közvetlenül felkereshesse a járóbeteg szolgáltatót.

Ha a beteg már „rákényszerül” arra, hogy a mindenképpen a házi orvoshoz forduljon első lépésként, a következő lépcsőben arra kell koncentrálni, hogy a házi orvos ne legyen egyszerű „beutaló gyáros”, hanem ténylegesen próbálja meggyógyítani a beteget a saját szintjén. Erre kényszeríteni nem lehet, de ösztönözni igen. Az ösztönzés leghatékonyabb formája pedig a pénz. A házi orvosi szolgáltatók ezért a havonta a rendelésükön megjelent biztosítottak (TAJ-ok) után kapnának egy ún. „optimalizálási kvótát”. Ennek összege lehetne pl. 500 Ft, amit csak akkor kapna meg a szolgáltató, ha nem küldte tovább a beteget. Ha egy beutalót állított ki az adott TAJ-nak, akkor már csak 250 Ft-ot kapna, kettő vagy több beutaló esetén pedig nem járna az „optimalizálási kvóta”. Az 500 Ft nagyságrendje azért jó, mert az egyes betegek esetében nem ösztönöz alulkezelésre, de egy teljes praxis vonatkozásában havonta érezhető mértékű bevétel növekményt jelenthet.⁴⁷⁰

Annak érdekében, hogy a házi orvos szakmailag is képes legyen megfelelő szinten gyógyítani, meg kell teremteni a kötelezően alkalmazandó szakmai protokollokat. Ezeket folyamatosan aktualizálni kell és ellenőrizni, hogy az orvosok betartják-e azokat. A protokolltól való eltérést az orvosnak mindenképpen magyaráznia kellene.⁴⁷¹

Ha a továbbutalásra valójában szükség van, akkor annak is úgy kellene megtörténnie, hogy a leginkább költség hatékony legyen. Egyrészt a beteget olyan helyre kellene beutalni, amely a lakóhelyéhez legközelebb esik.⁴⁷² Másrészt olyan ellátóhelyre kellene küldeni, ahol ténylegesen adekvát és hatékony terápiát kap betegségére. A biztosítók ezért

⁴⁶⁹ Gaál Péter: Hála-pénz? Hála kényszer. In: Egészségügyi Gazdasági Szemle. 2004. különszám.

⁴⁷⁰ Kereszty Éva: Vásárlási kedvezmények a házi orvosi praxis működtetéséhez. In: Családorvosi Fórum. 2000. május.

⁴⁷¹ Kincses Gyula: A házi orvosi privatizáció kiterjesztésének lehetőségei. In: Medicus Anonymus. 1999. 7. évf. 5. sz. mell. 34. p.

⁴⁷² a betegszállítás költségének csökkentése érdekében.

„kiválogathatják” a járóbeteg szolgáltatók közül a legjobbakat és az ide való utalásra kötelezhetik a velük szerződött háziorvosokat.

A járóbeteg ellátási szinten működő szolgáltatókat is ösztönözni kell, hogy ők se küldjék tovább feleslegesen a betegeket a fekvőbeteg ellátás szintjére. Az ösztönzés eszköze itt is lehet az „optimalizálási kvóta”. Ha a járó- és fekvőbeteg ellátást ugyanazon szolgáltató nyújtja az adott területen, akkor lehet olyan finanszírozás paramétereit is teremteni, ami szintén az alacsonyabb ellátási szint felé tereli a betegeket.⁴⁷³

⁴⁷³ Monostori Klára: A fekvőbeteg-szakellátás ellenőrzése. In: Egészségügyi Menedzsment. 2001. 3. évf. 1. szám.

5.2. A kötelező egészségbiztosításról és a kötelező egészségbiztosítási pénztárakról szóló törvény koncepciója

5.2.1. Bevezetés

2008. február 12-én az Országgyűlés elfogadta: „A kötelező egészségbiztosításról és a kötelező egészségbiztosítási pénztárakról szóló törvény”-t, amely törvényt 2008. május 26-án hatályon kívül is helyezett. Az értekezésemben - a hatályon kívül helyezésre tekintett nélkül - fontosnak tartom azt, hogy ennek a jogszabálynak és az ennek alapján elképzelt új egészségbiztosítási rendszernek a főbb ismertetőit bemutassam, elemezzem és értékeljem. Ez az új rendszer nagymértékben épített volna a magánforrások bevonására az egészségügyben.⁴⁷⁴

5.2.2. A törvényi szabályozás alapelvei

A társadalombiztosítás rendszere az új törvény alapján változatlanul az alábbi elveken alapult volna: az egységes nemzeti kockázatközösségen, a kötelező társadalombiztosítási rendszerben történő részvételen, az egyenlő hozzáférés elvén, a szolidaritási és a biztosítási elven. A társadalombiztosítási jogon járó szolgáltatásokat a törvény garantálta volna. A társadalombiztosítási jogon járó kötelező biztosítási csomag megegyezett volna a mai kötelező szolgáltatásokkal, az egészségügyi csomag tartalma nem változott volna meg a biztosítási rendszer működésének változásai miatt. A technológiai fejlődésre, és a demográfiai változásokra tekintettel a csomag folyamatosan felülvizsgálatra került volna. A jelenleg az E. Alapból finanszírozott egyes pénzbeli ellátások leválasztásra kerültek volna az egészségbiztosításról és az Egészségbiztosítási Alapról. A profiltisztítás keretében a leválasztás forrásátadással együtt történt volna meg az államháztartás más alrendszerébe.

Az egészségbiztosítási járulék befizetési rendje, a járulékok mértéke (az átállás kapcsán) nem változott volna meg. A járulérendszer egységes lett volna, a járulékok mértékét az Országgyűlés törvényben szabályozta. Az egészségbiztosítás forrásai decentralizált módon, gazdasági társasági formában működő pénztárak útján kerültek volna felhasználásra. A kötelező pénztárak versengtek volna a biztosítottakért, ugyanakkor kitüntetett területi felelősségük is lett volna. A pénztáraknak megkülönböztetés nélkül gondoskodniuk kellett

⁴⁷⁴ 2007. március 31. és 2007. december 31. között lehetőségem nyílt arra, hogy az Egészségügyi Minisztérium Jogi Főosztályának keretében figyelemmel kísérjem az új egészségbiztosítási rendszer kialakításának előkészületeit. Ebben a fejezetben ezért az ott összegyűjtött információk alapján elemzem a rendszert.

volna mind a hozzájuk jelentkezők, mind a hozzájuk rendelt területen élő, pénztárt nem választó biztosítottak ellátásáról.

Az egészségbiztosítás forrásai a területi és társadalmi különbségek kiegyenlítése érdekében, korrigált fejkvóta szerint kerültek volna elosztásra a pénztárak között. A kockázatszelekciót közvetlen és közvetett eszközökkel kizárták volna a jogszabályok. A pénztárak többségi tulajdonrésze köztulajdonban kellett volna, hogy marad, kisebbségi tulajdonosként jelent volna meg a magántőke, az egészségügybe történő érdemleges mértékű forrásbevonás, és a hatékonyabb működést szolgáló verseny érdekében. A biztosítottak szabadon és a törvényben szabályozott módon válthattak volna pénztárat, a pénztárak azonban nem lett volna lehetőségük, hogy válogassanak a biztosítottak között. A pénztárak nem lettek volna kötelesek „automatikusan” szerződni minden ellátó egészségügyi szolgáltatóval, a biztosítottak képviselőit a jobb ellátást nyújtó szolgáltatókkal szerződtek volna, de törvényben meghatározott hozzáférést kellett volna biztosítaniuk minden biztosítottnak. A pénztárak a jobb minőségű ellátás és az ellátás költségei tekintetében versenyre lettek volna kényszerítve, amelynek révén ösztönözték volna a szolgáltatókat a magasabb és jobb minőségű egészségügyi szolgáltatás nyújtására.. A verseny a biztosítottak jobb ellátását szolgálta volna.

5.2.3. A törvény hatálya

A törvény hatálya a Magyar Köztársaság területén székhellyel rendelkező pénztárakra, az általuk a törvény felhatalmazása alapján végzett egészségbiztosítási tevékenységre, az E. Alapot kezelő szervezetre, az egészségbiztosítási ellátásban részt vevő személyekre, az Egészségbiztosítási Felügyeletre, a kötelező egészségbiztosítás ellátásaira, valamint a kötelező egészségbiztosítási ellátásokat nyújtó egészségügyi szolgáltatókra terjedt volna ki.

5.2.4. Az új magyar egészségbiztosítás szervezésének alapelvei

Továbbra is országosan egységes társadalombiztosítási rendszer elvén alapult volna az egészségbiztosítás. Az alapelvek többek között a teljesítmények összehasonlíthatóságának elvén,⁴⁷⁵ a pénztár-választás szabadságának elvén⁴⁷⁶ és a biztosítási kényszer⁴⁷⁷ elvén nyugodtak volna. A transzparencia elve fontos lett volna a pénztárak működésében,

⁴⁷⁵ pénzügyi és minőségi szempontból.

⁴⁷⁶ ideértve az átlépés lehetőségét.

⁴⁷⁷ szerződéskötési kötelezettség a biztosított és a pénztár között.

gazdálkodásában. Megfogalmazódott az egyenlő bánásmód követelménye a toborzott és a sorsolt pénztártagok vonatkozásában.

5.2.5. A kötelező egészségbiztosítási rendszer szereplői a következők lettek volna:

1) a biztosítottak (Tbj. szerint biztosítottak és egészségügyi szolgáltatásra egyéb jogcímen jogosultak), pénztártagok

2) Magyar Állam

3) Egészségbiztosítási Felügyelet

4) Díjtétel Bizottság

5) Fejkvóta Bizottság

6) a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapot (a továbbiakban: E. Alap) kezelő szervezet

7) pénztárak

8) az egészségügyi szolgáltatók fenntartói

9) az egészségügyi szolgáltatók.

5.2.6. Az egészségbiztosítási rendszer átalakításával egyidejűleg rendezni kellett volna az alábbi kérdéseket:

5.2.6.1. A kötelező csomag tartalmának meghatározása

1) Természetbeni ellátások körének definiálása alapvető követelmény volt;

2) Gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, gyógyászati ellátások finanszírozásának rendezését meg kellett volna oldani;

3) Az Irányított Betegellátási Rendszer (IBR) a pénztári rendszerben megszűnt volna, mivel a feladatait a pénztárak vették volna át;

4) Utalás az államháztartási rendszeren belül maradt volna: a pénztárak megbízásából átmenetileg az E. Alap utalványozott volna közvetlenül a szolgáltatóknak;

5) Folyamatos kincstári kontrollra lett volna szükség.

A baleseti járadék az Nyugdíj Alapba került volna, a baleseti táppénzre a táppénzre irányadó szabályok vonatkoztak volna, és nem a pénztáraknak kellett volna finanszírozniuk, a természetbeni ellátás finanszírozása történt volna csak a pénztáraknál. Az állami szervek és a pénztárak, valamint a szolgáltatók szerepe a szakmai irányelvek, protokollok tekintetében

fontossá vált volna. A szakmai irányelvek elkészítéséért az egészségügyi miniszter lett volna a felelős, ezek képezték volna az alapját a finanszírozási protokolloknak. A pénztárak kellett volna elkészíteniük a törvény által meghatározott eljárási rendben a finanszírozási protokollokat. Az alapsomagot jogszabály határozta volna meg.

5.2.6.2. A várólisták kezelésének kérdése az új egészségügyi finanszírozási rendszerben

A várólisták – pontosabban: a várakozás – hossza az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés egyik alapvető minőségi mutatója. Az ezzel kapcsolatos szabályozási kérdések az alábbiakban foglalhatók össze:

- 1) A sürgősségi ellátás elsődlegességének kimondása.⁴⁷⁸
- 2) Az időbeli hozzáférés elveinek egységes meghatározása, valamint annak garantálása, hogy az ellátáshoz való hozzáférésben mutatkozó időbeli különbség csak és kizárólag az egyéni egészségi állapottól (az egészségügyi szükséglettől) függ.
- 3) Egyenlő standardok, egységes elvek alapján meghatározott hozzáférés minden biztosított számára, függetlenül attól, hogy melyik pénztárnak ügyfele; a várólista alapján nyújtott ellátások esetében a szakmai indokok ellenőrzése lehetséges mind a pénztár, mind a felügyeleti hatóság részére, és a szolgáltató vagy a pénztár kötelezettségszegése esetén megfelelő büntetés szabható ki.
- 4) Az ellátási standardokon túlnyúló várakozás esetében garanciális elemek életbe léptetése, amennyiben a túlzott várakozás nem általános, hanem pénztár specifikus.
- 5) A várakozási idők széles körű transzparenciája, vagyis minden nem azonnali, sürgős ellátásról keletkezik olyan információ, ami az ellenőrzést és a statisztikai összegzést lehetővé teszi.⁴⁷⁹
- 6) A pénztárak anyagi ösztönzése arra, hogy ne legyen érdekük jelentős várólisták felduzzasztása.

A várólisták típusai

A várólisták kialakulása a szűk keresztmetszetek miatt történik. A várólista kialakítását és menedzselését ezért minden esetben ott kell végezni, ahol a szűk keresztmetszet kialakult. A

⁴⁷⁸ (sürgősségi ellátásban nem lehet semmilyen indokolatlan várakoztatás).

⁴⁷⁹ illetve a sürgősség indoka is visszakereshető és ellenőrizhető.

szűk keresztmetszet alapvetően lehet kapacitásbeli,⁴⁸⁰ illetve finanszírozási.⁴⁸¹ Ennek tükrében az alábbi várólisták lehetnek:

Transzplantációs várólisták: országosan egységesen vezetett várólisták, a várólistára kerülésről és a szervek elosztásáról egységes protokollok alapján döntenek.⁴⁸²

Központi várólisták: a közös kockázati alapból (nem fejkvótából) finanszírozott különösen költséges ellátásokra.

Pénztári várólista: a pénztár által limitált mennyiségben biztosított ellátás esetében.⁴⁸³

Intézményi várólista: az intézmény szűkös erőforrásai miatt korlátos számban nyújtható ellátások esetében.⁴⁸⁴

Az, hogy az utóbbi kettő közül melyik a hangsúlyosabb, illetve milyen viszony van a kettő között, a szabályozás más elemeitől.⁴⁸⁵ Célszerűnek látszik a pénztári várólista előnyben részesítése, mert ez jeleníti meg a pénztár ellátásszervezési, betegút-szervezési felelősségét. Ebben az esetben a biztosított – kezelőorvosa segítségével – úgy választ ellátó intézményt, hogy a várható várakozási idő mellett tájékozódik az intézmény választásának pénztári feltételeiről is.⁴⁸⁶

Az intézményi szintű szűk keresztmetszet piaci szempontból úgy jelenik meg, hogy az ellátó szolgáltatásai iránt túlkereslet van. A helyzet kezelésének lehetőségei attól is függenek, hogy a szolgáltató jelentős (lokális) piaci erővel bíró szolgáltatónak minősül-e. Ha nem, akkor a szűk keresztmetszet kezelését a piacra lehet bízni.⁴⁸⁷ Ha viszont a szolgáltató jelentős befolyással bír, akkor kétféle szabályozási lehetőség van:

Az intézmény rendelkezésre álló kapacitásai a pénztárak között felosztásra kerülnek.⁴⁸⁸ Ezt követően minden pénztár a neki jutó kapacitásra utalhat be biztosítottat.

⁴⁸⁰ infrastruktúra vagy humán erőforrás kapacitáshiánya miatt.

⁴⁸¹ a finanszírozható ellátások volumenének korlátozása miatt.

⁴⁸² a biztosítók nem tehetnek különbséget a biztosítottak között, az orvosok nem tehetnek különbséget a biztosítók és ügyfelei között.

⁴⁸³ az ellátás maximális idejére szóló országos garanciális szabályok betartása mellett.

⁴⁸⁴ ahol a korlátosság minden szolgáltatásvásárló pénztárat egyformán érint.

⁴⁸⁵ elsősorban a pénztár és a szolgáltatók közötti szerződések lehetséges típusaitól függ.

⁴⁸⁶ például nem preferált szolgáltató választása esetén magasabb co-payment.

⁴⁸⁷ egy-egy pénztár más szolgáltatót keres, új kapacitások jönnek létre, illetve a szolgáltató azzal a pénztárral fog szerződni, aki a legmagasabb díjat ígéri.

⁴⁸⁸ olyan arányban, amelyen arányban a pénztáraknak szükségük van az ellátási kötelezettségük teljesítéséhez szükséges kapacitásokra.

Intézményi várólista működik,⁴⁸⁹ azaz a biztosítottak ellátásának sorrendjét (az esetleges egyéni egészségügyi prioritások figyelembe vételével) az intézményhez való bejelentkezés sorrendje határozza meg. Ez biztosítja, hogy a szűk keresztmetszet egyik pénztár ügyfeleit se érinthesse előnyösebben vagy hátrányosabban, mint egy másikat.

Várólistára helyezendő ellátások közé tartozik majd minden nem azonnali (sürgős) járó- és fekvőbeteg-ellátás, amelyek csak várólista alapján lesznek nyújthatók. Ha nincs várakozási idő, ez az információ akkor is fontos, mert ez teszi összehasonlíthatóvá a különféle területek működését. Ha nincs információ valamennyi ellátási területről, akkor nem lehet képet nyerni a kapacitások eloszlásáról, illetve – kellő információ hiányában – nem lehet idejében közbeavatkozni akkor, ha valamely területen növekedne a várakozási idő. Ráadásul néhány hetes várakozás esetében is jogos az az igény, hogy az ellátási sorrendet az igény felmerülésének a sorrendje határozza meg. A Várólisták struktúrája tekintetében meg kell majd határozni azt, hogy milyen várólistákat kell vezetnie a pénztáraknak,⁴⁹⁰ központilag, rendelet által meghatározott módon. Az egységes struktúra célja az összehasonlíthatóság és a garanciális elemek működőképességének biztosítása lesz.⁴⁹¹

A várólista sorrend tekintetében arról van szó, hogy a várólistára olyan sorrendben kerülnek fel a biztosítottak, amilyen sorrendben a kezelőorvosuk regisztrálja őket, illetve amilyen sorrendben a biztosítottak bejelentkeznek ellátásra a szolgáltatóhoz.⁴⁹² Az ellátás sorrendjétől való eltérésre csak nagyon kivételes esetben kerülhet sor a kialakítandó protokoll szerint, mégpedig ha az egyéni prioritás dokumentáltan megállapításra kerül.⁴⁹³ Az ellátás sorrendjét befolyásolhatja az is, hogy a biztosított melyik intézményt választja.⁴⁹⁴ A tényleges sorrendet befolyásolja az is, hogy a várólista szerinti sorrendben választanak a biztosítottak a rendelkezésre álló szabad helyek közül.⁴⁹⁵

A szolgáltatási csomag (alapsomag) tartalmának meghatározása során kell eldönteni azt, hogy a biztosítottak milyen ellátásokra jogosultak, amit azonban nem határoz meg

⁴⁸⁹ Tekintettel arra, hogy a pénztárak által igényelt összkapacitás nagyobb, mint az intézményi kapacitás.

⁴⁹⁰ illetve intézményi szűk keresztmetszet esetén az intézményeknek.

⁴⁹¹ Természetesen nem lehet majd figyelmen kívül hagyni a sürgősségi ellátást sem, ha a biztosított állapota az azonnali ellátást indokolja, amikor várakozás nélkül kell továbbra is biztosítani a beteg számára az ellátást. Ebben az esetben is megfelelően kell azonban dokumentálni, illetve a jelentési rendszerben feltüntetni a sürgősségi indikáció indoklását, hogy az utólagosan is ellenőrizhető legyen a pénztár, illetve a felügyeleti hatóság számára.

⁴⁹² a pénztár esetleges előzetes autorizációja, illetve annak időigénye ezt nem befolyásolhatja.

⁴⁹³ ha nem áll rendelkezésre ilyen protokoll, akkor csak sürgősségi alapon lehet eltérni a sorrendtől.

⁴⁹⁴ ha az általa választott intézményben hosszabb a várakozás, akkor egy később „jövő”, rövidebb listával rendelkező intézményt választó biztosított előbb kaphat ellátást.

⁴⁹⁵ tehát pl. későbbi időpont választása biztosított kérésre mindig lehetséges.

egyértelműen az alapsomagban kínált ellátások listája. A hozzáférésnek további dimenziói, hogy milyen feltételek mellett,⁴⁹⁶ milyen földrajzi távolságban,⁴⁹⁷ illetve milyen várakozási idő⁴⁹⁸ mellett nyújtható egy ellátás. A hozzáférés egyenlőségének, illetve az egyes pénztárak teljesítményének összehasonlíthatósága érdekében szükséges lenne a várólista-protokollok megalkotása, ami olyan mechanizmuson keresztül hatna az alapsomag tartalmára, hogy a rövidebb (megcélzott) várakozási idők több kapacitás biztosítását, és több forrás kiáramlását igénylik, nyilvánvalóan az alapsomagból igénybe vehető összes ellátás terhére.

A pénztárak és a szolgáltatók közötti szerződések természete szempontjából, amennyiben volumenszerződéseket kötnek az intézmények és a pénztárak, várólisták képződ(het)nek ellátás típusonként, intézményenként és pénztáranként.⁴⁹⁹ Bár ez adminisztrációs szempontból komolyabb kihívást jelent, a betegirányítás felelőse mindenképpen a pénztár – a pénztáranként kezelt várólista ezt az ellátásszervezői funkciót erősítené. A várólista-protokollokban meghatározott maximális várakozási idők,⁵⁰⁰ illetve a biztosítónként és intézményenként nyilvánosan megjelenített, és folyamatosan aktualizált várakozási idők kellő garanciát, és információt nyújtanak a hozzáférés méltányosságának biztosításához. Amennyiben keretszerződések vannak,⁵⁰¹ akkor keletkezik várólista, ha:

- az ellátás előzetes pénztári autorizációhoz kötött – ebben az esetben pénztári várólista van;
- az egészségügyi ellátó intézmény fizikai vagy humán kapacitásai szűkösek – ebben az esetben intézményi várólista van.⁵⁰²

5.2.7. A biztosítási rendszerben szereplő egészségügyi szolgáltatók, a szolgáltatókkal kötött szerződések típusai

2009. január 1-jétől indult volna el az új rendszer, szükséges lett volna azonban egy átmeneti időszak (3 hónap) biztosítására a pénztárak számára az egyedi szolgáltatói finanszírozási szerződések megkötésére tekintettel. Ebben az időszakban a 2008. december

⁴⁹⁶ szakmai protokoll

⁴⁹⁷ a pénztárak által biztosítandó lefedettség

⁴⁹⁸ várólista-protokoll

⁴⁹⁹ Azaz az „eddig” dimenziókhoz hozzáadódik a pénztári dimenzió.

⁵⁰⁰ Kiegészítve olyan garanciális elemekkel, hogy „x” km-en és „y” időn belül biztosítani ez ellátást, különben a pénztár terhére bárhol máshol igénybe veheti a biztosított.

⁵⁰¹ Tehát egy intézmény minden, az intézményben megjelent, a pénztár szerződött orvosa vagy szolgáltatója által beutalt biztosítottat ellát, a várólisták szempontjából függetlenül attól, hogy van-e közben co-payment fizetése.

⁵⁰² amely minden szerződött pénztár ügyfeleit egyenlő arányban kell hogy érintse.

31-én érvényes finanszírozási kondícióknak megfelelő finanszírozással kezdődött volna meg az addig az OEP-pel szerződött szolgáltatók teljesítésének elszámolása. E tekintetben az E. Alapot kezelő szervezet az OEP jogutódjának lett volna tekintendő. Az átmeneti időszak 2009. március 31-ig tartott volna. Ezután került volna sor - az általános finanszírozási feltételek megtartásával - az egyedi szolgáltatói szerződések, illetve a hozzájuk rendelt, eltérített díjtételek kialakítására. A szolgáltató és a pénztár egyaránt kezdeményezhette volna az eltérített díjtétel alkalmazását.

Az egyedi szolgáltatói szerződések kötése lehetőséget adott volna a pénztárnak arra, hogy a beteg-utak irányítása tekintetében választhasson, hogy mely szolgáltatókat részesíti előnyben. Ebben az esetben tehát a pénztár maga választotta volna meg, hogy mely szolgáltatókkal, milyen feltételekkel, a törvényeknek megfelelő elérési kritériumokkal köti szerződést.

VI. Értekezésem összegzése

A második világháborút követően megalakult az Egyesült Nemzetek Szervezete (ENSZ), és ennek egyik fontos szakosított szervezete az Egészségügyi Világszervezet (EVSZ)⁵⁰³. Az Egészségügyi Világszervezet alkotmánya rögzítette az egészség fogalmát, és kimondta, hogy az egészség a testi, lelki és szociális jóllét, és nem csupán a betegségek hiánya. Kimondta továbbá, hogy az egészség az egyén és az állam együttműködésén alapuló alapvető emberi jog, és egyéni, valamint társadalmi érték, valamint hogy a kormányok felelősek a megfelelő egészségügyi és szociális ellátás biztosításáért.⁵⁰⁴ 1977-ben meghirdették az „Egészséget mindenkinek 2000-re” programot, amellyel az állami politika rangjára emelték az egészségügyet és nyilvánvalóvá tették, hogy az egészségügyet csak a többi ágazattal egyeztetve lehet tervezni és a jobb egészségi állapot csak multiszektorális erőfeszítések árán, az egyén, a közösségek (család, iskola, munkahely, lakóközösség) és a társadalom aktív közreműködésével érhető el. 2000-re a fő cél a lakosság egészségi állapotának a javítása volt, valamint az egészségügyi ellátásban a hozzáférhetőség, az esélyegyenlőség, valamint a magas minőség biztosítása. Ennek érdekében az egészséget befolyásoló életmód, a rizikófaktorok és a környezeti ártalmak csökkentése, az egészségügyi ellátórendszer (preventív és kuratív) felépítése és működése, valamint az egészségpolitika, a menedzsment, a technológia, a humán erőforrások, a kutatás és a finanszírozás olyan megváltoztatása területén kell javulást elérni, amely elősegíti az első három elérendő eredmények megvalósulását.⁵⁰⁵ Ezek a célkitűzések nem valósultak meg maradéktalanul, ezért fontos, hogy továbbra is törekedjenek arra az egyes államok, hogy elérjék a kitűzött célt. Fontos azonban kiemelni, hogy az országok – így Magyarország is – gazdasági teherbíró képessége nem tud lépést tartani az orvosi technológia fejlődésével és áraival. Minden országban szembe kell nézni azzal, hogy az orvosilag lehetséges és a gazdaságilag megengedhető között egyre szélesebb szakadék tátong. Ez a szegényebb, rosszabb gazdasági helyzetben lévő országokat jobban érinti, mint a gazdagabb, jobb gazdasági helyzetben lévő országokat, amelyek a bruttó nemzeti összterméküknek

⁵⁰³ Az 1948-ban alapított Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization – WHO) az egészségügy területén dolgozó legfontosabb ENSZ-intézmény. Célja, hogy mindenki az egészség lehető legmagasabb szintjét érje el. Fő funkciói világszintű iránymutatás adása az egészségügy területén, együttműködés a kormányokkal a nemzeti egészségügyi programok tervezésében, irányításában és értékelésében, valamint megfelelő egészségügyi technológia, információ és szabványok kifejlesztése és átadása.

⁵⁰⁴ Olivér Árpád Homicskó: La régulation du système de santé en France. ACTA UNIVERSITATIS SZEGEDIENSIS, ACTA JURIDICA ET POLITICA, Publications doctorandorum juridicorum, Tomus VI, Fasciculus 1-8. Szeged, 2006. 5. p.

⁵⁰⁵ Népegészségtan. Szerkesztette: Dr. Dési Illés, Semmelweis Kiadó, Budapest, 1998. 514. p.

(GDP) nagyobb hányadát tudják a korszerű egészségügyi rendszer fenntartására fordítani.⁵⁰⁶ Meg kell azonban azt is jegyezni, hogy minél szegényebb egy ország, annál betegebbek a lakosai, vagyis annál magasabbak az ellátás iránt támasztott objektív igények, és ennek kielégítéséhez több pénz kell, mint egy egészségesebb lakosság esetén. Ugyanez vonatkozik egy adott országon belül a különböző gazdasági fejlettségű régiókra, vagy az egymástól eltérő szociális csoportokra. A megoldatlan szociális problémák egy része is az egészségügyi ellátórendszert terhelik.⁵⁰⁷ Az államnak nem könnyű a helyzete, hiszen az egészséghez való jog biztosítása a legtöbb országban az egyik legfontosabb alkotmányos kötelezettsége, amelyet az államnak a hozzáférhetőséggel kell alapvetően biztosítania, annak ellenére, hogy anyagi felelősségvállalását csökkenteni igyekszik.⁵⁰⁸

Az állami felelősségvállalás és gondoskodás, valamint a társadalombiztosítási, illetve magánbiztosítási finanszírozási rendszerek összehasonlítása során a hatékonyság és eredményesség felveti a piac szükségességének kérdését. Amennyiben elfogadjuk, hogy az egészségügyi rendszerek szereplői egy piacon találkoznak, és kerülnek egymással - még ha csak finanszírozási - kapcsolatba, a hatékonyság mellett szólhat az ismert piaci mechanizmusok szempontjai.⁵⁰⁹ További tényezők, amelyek befolyásolnak egy egészségügyi rendszert a költség-érzékenység a közszférában, a piac megjelenése az egészségügyben, civil társadalom magas minőségi elvárásai az egészségügyi szolgáltatókkal szemben, orvosok csökkenő szerepe az egészségügyi rendszer és a forrás-elosztás döntéshozatalaiban, az egészségügy szerepe a nemzetgazdaságban, az egészségügyre fordított kiadások alakulása, és az egészségügy szerepe a munkaerő piaci folyamatokban.⁵¹⁰

A különböző típusú egészségügyi rendszerek közelednek egymáshoz, a Bismarck-típusú rendszerek költségvetési korlátokat és pénzügyi ösztönzőket vezetnek be, míg a Beveridge-rendszer befogadta a piaci eljárásokat. Különbség van az egészségügyi rendszerek vonatkozásában abban a tekintetben, hogy a finanszírozás mennyire használja az állami csatornákat (adó és társadalombiztosítás), vagy a magán szektor technikáit (kiegészítő- és

⁵⁰⁶ Minden egészségügyi rendszer alapvető problémája, hogy az egészségügyre fordítható összegből hogyan biztosítható a hozzáférhetőség, az esélyegyenlőség és az ellátás nemzetközi színvonalának megfelelő minősége.

⁵⁰⁷ A szegény országokban éppen a szociális problémák indokolják, hogy az egészségpolitika a hozzáférhetőséget preferálja a minőség előtt, hiszen az ellátásnak elsősorban a tömegesen előforduló és fennálló betegségeket, a népbetegségeket kell megoldania.

⁵⁰⁸ Forgács Iván: Az egészség ára. In: Magyar tudomány (1981-2000) 2000. 45. évf. 9. sz.

⁵⁰⁹ Ebbe az irányba mozdult el számos egészségügyi reform, köztük pl. az angol, ahol a „belső piac” koncepciója (internal market) és a vásárlók, illetve szolgáltatók szétválasztása (purchaser-provider split) eredményezett egy állami kontroll alatt működő szabályozott versenyt a szolgáltatók és a finanszírozók között.

⁵¹⁰ Endrőczy Elemér: Trendek és ellentmondások az egészségügyi szolgáltatás fejlődésében, finanszírozásában és minőségbiztosításában. In: Egészségügyi Gazdasági Szemle. 1998. 36. évf. 1. szám.

magánbiztosítás, illetve a betegek önrészesedése). Fontos szempont a egészségügyi rendszerekkel kapcsolatos döntéshozatal és a feladatellátás szintjének az eltérősége az egyes egészségügyi rendszereknél. Lehetséges a központi szinten való megtartása ennek, de alacsonyabb szintre való áthelyezésére (decentralizáció) is lehetőség nyílik, amivel adott esetben növelhető a rendszer hatékonysága. A decentralizációnak az egészségügyi rendszer hatékonyságának növelése érdekében alkalmazott formái a dekoncentráció, amikor a döntéshozatal alacsonyabb adminisztrációs szintre kerül áthelyezésre, a devolúció, amikor a döntéshozatal alacsonyabb politikai szintre kerül áthelyezésre, a delegáció, amikor a feladatellátás kerül alacsonyabb szervezeti szintre, és a privatizáció, amikor a feladatellátás az állami szektorból a magánszektorba kerül. A helyi közösségek szerepének növekedése által nagyobb szerepet játszhatnak a folyamatok előkészítésében, levezénylésében és ellenőrzésében. Ezáltal a felelősségvállalás a központból a perifériára kerül kihelyezésre, és a szolgáltatók számára is lehetővé válik bevételeik növelése, és az eredményesebb helyi érdekérvényesítő fórumokon való szereplés.⁵¹¹

Miután a Magyarországon Irányított Betegellátási Modell formájában meghonosított ellátás-szervezési formációk meglehetősen kevés eredeti elemet tartalmaztak, és azokat is elsősorban a megvalósítás menetközbeni kényszere szülte, szinte kötelezően a rendszerbe programozódni látszott az amerikai – rendkívül sokféle - változat számos hibája, és érvényesültek annak kockázatai is.⁵¹²

Az alapvetően eltérő társadalmi, gazdasági és politikai, igazgatási és egészségügyi helyzet elvileg sajátos előnyöket is rejthetett volna a magyar résztvevők számára, ahogy a kitermelt sajátos kockázatokat és hátrányokat is.⁵¹³

Amikor Magyarországon az egészségügyi szolgáltatások nyújtásának jobb megoldása érdekében felvetették az 1980-as években az Egyesült Államokban bevezetett irányított

⁵¹¹ Hatékony ellátásszervezés és gazdaságos működés a kiskvárdai Felső-Szabolcsi Kórházban;
<http://www.euuzlet.hu/pr/2005/december/kisvarda.html>

⁵¹² Fenyvesi Tamás: Az irányított betegellátás finanszírozása. In: Lege Artis Medicinae. 2002. 12. évf. 1. sz.

⁵¹³ Az elemzésből levonható következtetések - a teljesség igénye nélkül – alapján megállapítható, hogy komoly problémát jelent az, hogy nincs mód vizsgálni a modell orvosszakmai hatékonyságát, mert sem az összehasonlításnak, sem a belső szakmai kontrollnak nincs meg a feltételrendszere. Egyedül a pénzügyi hatékonyságot lehetne említeni. A rendszer azonban nem átlátható, független vizsgálatok nem történtek a modell pénzügyi hatékonyságának elemzésére sem. A problémák egy része orvosolható, egy része mérsíkelhető, hiszen a „managed care” formációk legtokéletesebb változata sem problémamentes, egy része pedig csak akkor küszöbölhető ki, ha a politika végre szembenéz azokkal az alapvető és megkerülhetetlen kérdésekkel, amelyeket a rendszer óvatos, „lopakodó” bevezetésével el szeretett volna kerülni.

betegellátás modelljét⁵¹⁴, olyan eszközt kerestek, amellyel egyszerre lehet elérni az ellátás minőségének és hozzáférhetőségének javítását, valamint az ugrásszerűen növekvő költségek mérséklését. Azóta kiderült, hogy az 1990-es évekre az irányított betegellátási szervezetek a költségek mérséklésében kétségtől számottevő eredményeket tudtak felmutatni. Ez pozitív megítélés alá esett a finanszírozók szemszögéből. A másik két kitűzött cél megközelítése még várat magára. Ezzel együtt az elmúlt két évtized során az előbbi tényezők együtt alaposan átformálták az amerikai egészségügyi ellátás feltételrendszerét,⁵¹⁵ mindennapjait, és máig erősen befolyásolják más országok szakembereinek és politikai stratégiáinak gondolkodását.⁵¹⁶

Hazánkban is meg-megújuló erővel jelentkezik egy sokarcú és erőteljes irányzat, amelynek célja a piaci viszonyok kiterjesztése az egészségügyi ellátás minél szélesebb területeire. Ennek az irányzatnak „természetes” szövetségeseként jelentkezik az irányított egészségügyi ellátás elterjesztését szorgalmazók mozgalma.⁵¹⁷ A két – a jelenlegi kormányzat által is sokáig prioritásként kezelt – törekvés együttesen, akár az eredeti politikai szándéktól függetlenül is, rövid úton átveheti a kezdeményezést a közhatalom – állam, önkormányzat - intézményeitől az egészségügyi ellátás szervezésében, sőt finanszírozásában is.⁵¹⁸

Ez sajátos helyzethez vezethet, különösen, miután ma még nem alakult ki a jól működő egészségügyi piac „fogyasztói” érdekvédelmi rendszere Magyarországon, és a megrendült társadalmi helyzetű orvosi testület sem képes hitelesen és hatékonyan betölteni a beteg érdekében fellépő „szószóló” szerepét. Pedig az Egyesült államokbeli tapasztalatok arra figyelmeztetnek, hogy az irányított egészségügyi ellátás szabályozatlan és ellenőrizetlen terjedése és összefonódása a befektetői tulajdonnal nagyon kedvezőtlen következményekkel járhat még egy elsődlegesen egyéni felelősségre és biztosításra alapozott egészségügyi ellátási rendszerben is.⁵¹⁹

Az egészségügyi szolgáltatások nyújtását fenyegető veszélyek: a szabályozatlan és általánosan meghatározóvá váló piac által vezérelt egészségügyi ellátás, amely minden

⁵¹⁴ The American Journal of Managed Care: Voluntary Disenrollment From Medicare Advantage Plans: Valuable Signals of Market Performance. <http://www.ajmc.com/Article.cfm?Menu=1&ID=6873>

⁵¹⁵ The Managed Care Information Center: The Executive Report on Managed Care. <http://www.themcic.com/>

⁵¹⁶ Dr. Sinkó Eszter – Dr. Evetovits Tamás: A magyar irányított betegellátási modellkísérlet jelentősége és értékelése; <http://www.eski.hu/new3/publ/eloadasok/2002/3evet/sld020.htm>

⁵¹⁷ Dr. Győri Péter: A szociális szolgáltatások átalakítása programja – kiegészítő vázlatpontok a regionális és kistérségi szolgáltatásszervezés és finanszírozás kérdéséhez. <http://bmszki.hu/file/tekozlo/regio/regionalistanacs.doc>

⁵¹⁸ Dental Press: Az irányított betegellátási rendszerről; <http://dentalpress.dental.hu/dental-hirek/aktualis/2005/3/az-iranyitott-betegellatasi-rendszerrol>.

⁵¹⁹ The American Journal of Managed Care: Voluntary Disenrollment From Medicare Advantage Plans: Valuable Signals of Market Performance. <http://www.ajmc.com/Article.cfm?Menu=1&ID=6873>

bizonytal elidegeníti az orvosokat, aláássa a betegek orvosokba vetett hitét, elsorvasztja a csúcseellátást művelő egészségügyi központokat, megbénítja a klinikai kutatást, és növeli a piaci rendszerből kieső, állami „szegény” ellátásra szoruló betegek táborát.⁵²⁰

Nem magával az irányított egészségügyi ellátással van a baj Magyarországon sem. Ellenkezőleg, annak számos igen kedvező hatása lehetne tapasztalható. Megfelelően szabályozott és működtetett rendszerben a betegek sokkal kevesebb ideig maradnának a kórházban, sok – korábban kórházi elhelyezéssel járó beavatkozást⁵²¹ ambuláns ellátásban biztonsággal végrehajthatnának. Egy jól működő rendszerben sokkal több figyelmet fordítanak a megelőzésre, a jobb minőségű ellátás elérése érdekében számos orvosi területet „szabványosítottak”, és a betegek megelégedettsége kimondott céllá vált.⁵²²

Az irányított ellátási rendszerek között azonban figyelemre méltó eltérések vannak. A rendszerek közül néhány, amelyek elsődleges célja a költségek féken tartása, és nem a központosítása, egyszerre tesz lehetővé gazdaságos és magas színvonalú ellátást. A befektető és a vállalkozási formák is elfogadhatók mindenütt, ahol feloldható a konfliktus az adott beteg és az érdekében fellépő orvos szakmailag indokolt ellátáshoz fűződő- és a befektető ill. a vállalkozó megtérüléshez és haszonszerzéshez fűződő érdeke között.⁵²³ Mindenekelőtt megfelelő, tartós jogszabályokra lenne szükség. Azután elégséges, stabil és kiszámítható finanszírozásra, a finanszírozó és ellátó intézmények megfelelő szakmai szabályozottságára, a hatékonyság és az eredményesség monitorozásának eszközrendszerére és a transzparens működés feltételeire. Szükségesek a független felügyelet és ellenőrzés szervei.⁵²⁴ Továbbá a valamennyi érintett fél számára a szükséges és megillető tájékoztatás folyamatos biztosítása, a szükségszerűen jelentkező érdekkonfliktusok⁵²⁵ kezelésére szolgáló intézmények.⁵²⁶

Ennek megfelelően szükség van az egészségügyben a közigazgatási reformhoz illeszkedő, térségi elvű ellátás-tervezésre és szervezésre, melynek célja:

⁵²⁰ Dr. Győri Péter: A szociális szolgáltatások átalakítása programja – kiegészítő vázlatpontok a regionális és kistérségi szolgáltatásszervezés és finanszírozás kérdéséhez. <http://bmszki.hu/file/tekozlo/regio/regionalistanacs.doc>

⁵²¹ például sebészet, szemészet, fül-orr-gégészet, stb.

⁵²² GKI – EKI Egészségügy-kutató Intézet Kft: Jelentés az egészségügyi magánszféráról 2004 II. negyedév http://www.gki-eki.hu/docs/2004_II_magan.pdf

⁵²³ Dr. Kökény Mihály miniszter úr hozzászólásából a 2003. december 10-i parlamenti vitanapon. http://www.eum.hu/index.php?akt_menu=3633

⁵²⁴ Dr. Győri Péter: A szociális szolgáltatások átalakítása programja – kiegészítő vázlatpontok a regionális és kistérségi szolgáltatásszervezés és finanszírozás kérdéséhez. <http://bmszki.hu/file/tekozlo/regio/regionalistanacs.doc>

⁵²⁵ különösen az ellátottak és az egészségügyi személyzet érdekvédelme.

⁵²⁶ szervezetek és fórumok.

1) A fejlesztéseknek a kiegyenlítő szerephez kötésével az igazságos, egyenlő esélyű hozzáférés biztosítása,

2) A felesleges párhuzamosságok kiszűrésével egy racionálisabb, fenntarthatóbb, olcsóbb struktúra kialakítása,

3) Párbeszéd és együttműködés elindítása és folyamatos fenntartása a térségi egészségügyi szolgáltatók, szereplők között.

A regionális ellátás-tervezés és szervezés valamint az irányított betegellátási modell kiegészítette egymást: a térségi tervezés biztosította⁵²⁷ a szerkezet igazságos, egyenlő esélyű hozzáférhetőségét, az irányított betegellátás pedig a szolgáltatás-szervezés és a struktúra hatékonyságát.⁵²⁸ Az egészségbiztosítási reform során – figyelembe véve az Irányított Betegellátási Modellkísérlet során szerzett tapasztalatokat is - az ellátásszervezéssel kapcsolatban három kérdésről folyt a vita: 1) az egészségügy melyik szereplője legyen az ellátásszervező; 2) az ellátásszervezői funkciót milyen módon célszerű működtetni; 3) milyen eszközöket célszerű az ellátásszervező kezébe adni. A szereplők vonatkozásában pedig három javaslat merült fel: 1) egymással versengő biztosítók; 2) Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP); és 3) egészségügyi szolgáltatók.⁵²⁹

Az elfogadott, majd visszavont jogszabálytervezet alapján a monopolhelyzetű Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) helyett állami többségi tulajdonú, de a magánbefektetők számára érdemi döntési jogokat is biztosító pénztárak jöttek volna létre, amelyek között a biztosítottak évente egyszer szabadon választhattak volna. Az új egészségbiztosítási pénztárak ellátásszervezői feladatokat láttak volna el, azonban szolgáltatásvásárlói szerep szempontjából is hatással lettek volna az egészségügyi szolgáltatásokra. Az egészségbiztosítási pénztárak megalakulásakor a jelenleg finanszírozott biztosítási ellátási csomag lényegi változtatására nem került volna sor. A törvénytervezet továbbá nem érintette volna a helyi önkormányzatok – minősített többséggel módosítható, a helyi önkormányzatokról szóló 1990. évi LXV. törvényben rögzített – egészségügyi ellátások biztosítására vonatkozó kötelezettségét sem. Mindenki, aki Magyarországon lakóhellyel rendelkezik, a törvény erejénél fogva

⁵²⁷ Egészségpolitika: Ellátásszervezés helyett térségi egészségfejlesztés. IME III. ÉVFOLYAM 6. SZÁM 2004. SZEPTEMBER. http://biloba.hu/ime/2004_10/20_22.pdf

⁵²⁸ Dr. Kökény Mihály miniszter úr hozzászólásából a 2003. december 10-i parlamenti vitanapon. http://www.eum.hu/index.php?akt_menu=3633

⁵²⁹ Gaál Péter: Egészségügyi reform: problémák, okok és megoldási lehetőségek; <http://www.nemzetierdek.hu/download/1/Gaal.pdf>

változatlanul kiterjedt volna a biztosítási kötelezettség, ezért a járulékfizetés vagy annak állami átvállalása ellenében az alapsomagon túl a biztosítási csomag továbbra is járt volna a biztosítottak részére. A pénztárszervezés és a folyamatos működés során a technológiák fejlődésével természetesen az ellátási csomag tartalma változhatott volna, új eljárások, gyógyszerek, eszközök, műszerek kerülhettek volna be a finanszírozásba és a régi, már nem költség-hatékony ellátások kikerülhettek volna a rendszerből.

Az egészségügyi ellátás folyamatos finanszírozásának garantálásához az ellátási kiadások teljesítésének zavartalanságát kellett volna biztosítani. Ez a feladat a pénztárak megalakulása után is a Kincstár feladata maradt volna, mert az egészségügyi ellátások finanszírozása nem függhet volna a járulék-folyószámla országon belüli ingadozásától. Ennek érdekében a Kincstár hó közben előleget nyújtott volna az egészségügyi ellátások (fejkvóta) finanszírozására, azaz a már működő járulékmegelőlegezési rendszer értelemszerűen fennmaradt volna. Havonta kellett volna, hogy megtörténjen a tényleges elszámolás a pénztárakkal.⁵³⁰

A pénztárak belépése nem hozott volna változást a finanszírozás időbeli rendjében, a tárgy-időszakokra járó teljesítménydíjak, illetve támogatások kifizetésének intervallumai alapvetően változatlanul megmaradtak volna. A több-pénztáros rendszerben a teljesítmény-volumen korlát a jelenlegi formájában nem lett volna értelmezhető. A pénztárak természetesen maximálisan érdekeltek lettek volna az indokolatlan teljesítmények, párhuzamos ellátások visszafogásában. A pénztárak saját maguk dönthettek volna arról, hogy milyen – a nemzetközi gyakorlatban is használt – metodikákat alkalmaznak a kiadások kordában tartására: előzetes autorizáció, vizsgálati és terápiás eljárásrendek, volumen-szerződések, bázis-finanszírozás, preferált szerződések, stb.⁵³¹

Az OEP jelenlegi működési költségét nem lehet alapul venni a pénztárak működési kiadásainak megítélésénél. A kormányzati szándék az volt, hogy a jelenleginél jóval magasabb színvonalú egészségbiztosítási finanszírozási, ellátás-szervezési rendszer alakuljon ki. Egyértelmű, hogy ez a minőségjavulás működési költségnövekedéssel járt volna a kezdeti időszakban. A mai relatív alacsony működési költség nem a jelenlegi rendszer erénye, hanem

⁵³⁰ Egészségpolitika: Ellátásszervezés helyett térségi egészségfejlesztés. IME III. ÉVFOLYAM 6. SZÁM 2004. SZEPTEMBER. http://biloba.hu/ime/2004_10/20_22.pdf

⁵³¹ A jövőben is az APEH szedi be a járulékot. Nem változik az sem, hogy a gyermekek, a nyugdíjasok, a GYES-en, GYED-en lévők, a szociálisan rászorulóknak stb. után a Magyar Állam fizeti be a havi fix összegű járulékot.

a rossz működésének egyik oka.⁵³² Az volt a cél, hogy a pénztárak a betegek biztonságosabb kezelése, gondozása érdekében szervezzék a betegutakat, és csak a ténylegesen elvégzett, szakmailag indokolt beavatkozásokat finanszírozzák.

Ez a rendszer megkövetelte volna a folyamatba épített ellenőrzést és az autorizációs folyamatok kialakítását. Az OEP és területi szerveik (MEP-ek) csak utólagos szűrőpróbaszerű, kis hatékonyságú ellenőrzéseket végeznek, emiatt a felesleges, szakmailag nem indokolt és számos esetben el sem végzett beavatkozások finanszírozására felbecsülhetetlenül sok járulékából származó készpénzt költünk el. Egy jól működő, több-pénztáros rendszerben a betegút-szervezés és a finanszírozás hatékonyságának javításával felszabadított források többszörösen meg kell, hogy haladják az ehhez szükséges működési többletkiadásokat. A pénztárak működési költségét a törvény az éves Egészségbiztosítási Alap bevételhez viszonyítva százalékosan maximálta volna.

A járulékbefizetés rendszere nem változott volna meg a biztosítási rendszer változásával. Az új rendszerben a pénztárakhoz tartozó biztosítottak nem a járuléukat, hanem az ún. fejkvótát vitték volna magukkal. A fejkvóta az egészségügyi igénybevételi adatokra épült volna: a különböző korú- és nemű biztosítottakra különböző értékű, amely statisztikailag elismeri az adott korú és nemű személy ellátási költségigényét. Általánosságban elmondható, hogy egy idős ember fejkvótája lényegesen több, mint egy fiatalé. E két tényezőn (kor és nem) egy sor egyéb tényezőt is figyelembe kell venni a fejkvóta meghatározásakor. Ismert, hogy az ország különböző részein eltérő összegeket fordítunk egy-egy ugyanolyan korú, nemű beteg ellátására. Célja lett volna a rendszernek az igazságtalanság kiküszöbölése, ezért volt fontos, hogy pl. a lakhelyet, vagy bizonyos nagy költségű, krónikus betegségeket is figyelembe vegyen a fejkvóta. Miután az örökölt szerkezeti és igénybevételi igazságtalanságok nagyok, csak több éves ütemezett átmenettel lehet a fejkvótáknál a kiegyenlítést megoldani. Egy pénztár az ellátásunk során a hozzá tartozó valamennyi pénztártagra jutó fejkvótából gazdálkodott volna, abból kellett volna az egészségügyi szolgáltatásokat kifizetnie.

Az új egészségbiztosítási pénztárak finanszírozási rendszerének átalakítása révén a kormányzat az alábbi eredményekre számított:

- 1) közelebb került volna az ellátás és az allokációs döntés a beteghez;

⁵³² a minőségbiztosítás és az ellenőrzések elégtelensége, a betegút-szervezés teljes hiánya stb.

2) a beteg garantáltan hozzájutott volna a számára szükséges ellátáshoz, de a rendszer a beteg érdekét szem előtt tartva minimalizálta volna a túl- és alulkezelést;

3) a beteg a megfelelő ellátást a megfelelő helyen és szinten kapta volna, ezzel a progresszivitás magasabb szintjén jelenleg indokolatlanul igénybevett kapacitások felszabadíthatók lettek volna;

4) az új rendszer alkalmas lett volna az egészségbiztosítási kassza kritikus pontjainak⁵³³ ésszerű szabályozására, a felesleges párhuzamosságok megszüntetésére;

5) nőtt volna a belső megtakarítás, racionálisabbá vált volna a forrásfelhasználás;

6) a szolgáltatásvásárló szerep decentralizálásával vált volna lehetővé a társadalombiztosítás átalakítása,

7) oly módon alakult volna át az érdekeltségi rendszer, hogy ezután az egészségügyben dolgozók, és az intézmények kvázi-tulajdonosokként lettek volna kötelesek gondolkodni, és ezért hatékonyabban gazdálkodtak volna az Egészségbiztosítási Alap pénzével;

8) kiszámíthatóbbá vált volna a finanszírozás, nőtt volna az intézményi stabilitás;

9) megteremtődött volna a kiegészítő biztosítások és magánforrások érdemi bevonási lehetőségei;

10) lehetővé vált volna az Országos Egészségbiztosítási Pénztárral szerződésben nem álló, de ÁNTSZ engedéllyel rendelkező magánszolgáltatók fokozatos bevonása a rendszerbe, biztosítva a szolgáltatói versenyt, a minőségjavulást,

11) az ellátórendszer átalakulása és a hatékonyság javulása után stabilizálódott volna az intézmények gazdasági pozíciója, méltó megélhetést biztosítva a benne dolgozóknak, így tovább erősítve az ágazat humán erőforrás megtartó képességét;

12) a hálapénz típusú jövedelmek aránya csökkenthető lett volna, elsősorban akkor, ha kialakultak volna a szükségleteket meghaladó igények legális vásárlási lehetőségei és megerősödtek volna az ehhez fedezetet nyújtó egészségpénztárak.

⁵³³ például gyógyszer, labor, diagnosztika stb.

A hivatkozott szakirodalom jegyzéke

(Irodalomjegyzék)

I. Felhasznált szakkönyvek, tanulmányok jegyzéke:

Az egészségügyi intézmények controllingjának alapjai. Szerkesztette: Dr. Bodor Szabolcs, Méreg Gábor, Porkoláb Lajos. ECOM KVALITY Bt., Vecsés, 2001.

Az egészségünk napjainkban Magyarországon. Szerkesztette: Osváth Sarolta. Prospektus Nyomda. Veszprém, 2004.

Az intenzív betegellátás elmélete és gyakorlata. Szerkesztette: dr. Varga Péter, dr. Btáge Zsuzsanna, dr. Giacinto Miklós, dr. Széll Kálmán. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1977.

Balázs Péter – Feith Helga Judit – Szrilich András: Igazgatás az egészségügyben. Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest, 2006.

Balázs Péter – Szrilich András: Jogi szabályozás az egészségügyben. Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest, 2005.

Balogh Sándor: Háttér adatok a házi orvosi ellátásról. In: Medicus Universalis. 2002. 33. évf. 2. sz.

Baráth Lajos – Kövi Rita: Az önálló járóbeteg szakellátás néhány menedzsment- és finanszírozási problémája. In: IME 2005. 4. évf. 4. sz.

Bordás István: A HBCs 4.3. hatástanulmánya. In: Egészségügyi Menedzsment. 2001. 3. évf. 2. sz.

Bugovics Elemér – Bugovics Zoltán: Reform: a finanszírozható közellátás létrehozása és működtetése. Egészségügyi és Gazdasági Szemle. 45. évfolyam I. szám, 2007. március.

Bugovics Elemér: A fenntartható egészségügy avagy az egészségügy kórtana. Medicina Kiadó, 2005.

Bukodi Zsolt – Molnár Gizella – Dr. Villányi Tiborné: Társadalombiztosítási kézikönyv munkáltatók és társadalombiztosítási ügyintézők részére. UNIÓ Kiadó, Budapest, 2006.

Complementary Health Schemes in the European Union. Edited: Markus Schneider. Supported by the European Commission, EC Seminar Prien am Chiemsee, Bavaria. 14-16 October 1992. BASYS.

Donkáné Verebes Éva – Dózsa Csaba: Az irányított betegellátási modellkísérlet kezdeti tapasztalatai és a továbblépés lehetősége. In: Egészségügyi Menedzsment. 1999. 1. évf. 1. sz.

Donkáné Verebes Éva: A házi orvosi ellátás finanszírozása. In: Egészségügyi Menedzsment. 2000. 2. évf. 1. sz.

DÖNTÉS – Hozó. Egészségügyi reform és fenntartható finanszírozás. Közgazdasági szemlélet az egészségügyben: alapvető kérdések és elemzési módszerek. 1. modul. Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ. World Bank Institute. Flagship Program, Health Sector Reform and Sustainable Financing. Jegyzet. Centre for Health Economics and Policy Analysis, McMaster University. 1999.

Dr. Buda József: Községi egészségügyi ellátás elmélete és módszertana. POTE Egészségügyi Főiskolai Kar. Pécs, 1998.

dr. Vilmon Gyula, Cserba László, dr. Fóti Marcell: Kórháztervezési útmutató. Az Egészségügyi Minisztérium Kiadványa. Budapest, 1966.

Egészségügy Magyarországon. Magyarország az ezredfordulón. Stratégiai kutatások a Magyar Tudományos Akadémián. Magyar Tudományos Akadémia, Budapest, 2001.

Egészségügyi igazgatás, szakfelügyelet és koordináció a fővárosban (1991-2001). Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat. In: Budapesti Népegészségügy. 2002. 33. évf. 1. sz.

Endrőczy Elemér: Trendek és ellentmondások az egészségügyi szolgáltatás fejlődésében, finanszírozásában és minőségbiztosításában. In: Egészségügyi Gazdasági Szemle. 1998. 36. évf. 1. sz.

Fenyvesi Tamás: Az irányított betegellátás finanszírozása. In: Lege Artis Medicinae. 2002. 12. évf. 1. sz.

Forgács Iván: Az egészség ára. In: Magyar tudomány (1981-2000) 2000. 45. évf. 9. sz.

Fraser, C. Robin: Az alapellátás módszertana. A háziorvoslás szempontjai. Melania Kiadó Kft, Budapest, 2004.

Haldemann, J. C.: Progressive patient care. U.S. health report. 1959.

Holló Imre: Gondolatok az egészségbiztosítás reformjáról. Egészségbiztosítási Reform 2007-2009 Konferencia, Budapest, 2007. január 25-26.

Józwiak-Hagymásy Judit – Dr. Hermann Dóra – dr. Udvaros István: Értékválasztás, prioritásképzés és rangsorolás a magyar egészségügyben. Egészségügyi Stratégiai Kutató Intézet, Budapest, 2006. május 15.

Kaló Zoltán – Őri Károly – Rékassy Balázs – Sarkadi Károly – Szűcs Nikolette – Zombori Attila – Zétényi Ágnes: Az egynapos sebészet hazai elterjedési lehetőségeinek gazdasági elemzése. In: Egészségügyi Menedzsment. 2000. 2. évf. 6. sz.

Karner Tamásné: Az egészségügyi igazgatás szerepe az egészségügyi gazdálkodásban, kiemelten az Erzsébet kórházban. In: Egészségügyi Gazdasági Szemle. 2003. 41. évf. 6. sz.

Kereszty Éva: Vásárlási kedvezmények a háziorvosi praxis működtetéséhez. In: Családorvosi Fórum. 2000. május

Kincse Gyula: Egészség (?) – Gazdaság (?). MANAGER press Kiadó és Nyomda, 2000. február.

Kincses Gyula: A „köz” és „magán” új együttélése az egészségügyben: az egészségügy reform egy esélye. Budapest, Praxis Server, 2002.

Kincses Gyula: A háziiorvosi privatizáció kiterjesztésének lehetőségei. In: Medicus Anonymus. 1999. 7. évf. 5. sz.mell.

Kornai János: Az egészségügy reformjáról. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó. Budapest, 1998.

Kornai János: Vitaindító előadás. Egészségbiztosítási Reform 2007-2009 Konferencia, Budapest, 2007. január 25-26.

Losonczi Ágnes: Utak és korlátok az egészségügyben. Magyarország az ezredfordulón. Stratégiai kutatások a Magyar Tudományos Akadémián. V. Az életminőség tényezői Magyarországon. Szerkesztő: Glatz Ferenc. Budapest, 1998.

Magyar közigazgatási jog. Különös rész Európai Unió kitekintéssel. Szerkesztette: Ficzer Lajos – Forgács Imre. Osiris Kiadó, Budapest, 2004.

Magyarország Egészségügye és Szociális Rendszere. Készítette: Országos Egészségügyi Információs Intézet és Könyvtár. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet. 2003. december.

Magyarország Egészségügye és Szociális Rendszere. Készítette: Országos Egészségügyi Információs Intézet és Könyvtár. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet. 2003. december.

Mihályi Péter: Bevezetés az egészségügy közgazdaságtanába. Veszprémi Egyetemi Kiadó, Veszprém, 2003.

Mihályi Péter: Egészségügy: A halogatott reform. Professzorok az Európai Magyarorszáért, PEM Tanulmányok – 2. Budapest, 2006.

Mikola József: Praxiorientált egészségügyi ellátás. In: Egészségügyi Gazdasági Szemle. 1997. 37. évf. 5. sz.

Molnár Angéla: Az egészségügyi rendszerek finanszírozási és jogi aspektusai. In: Egészségügyi Gazdasági Szemle. 2002. 40. évf., 5. sz.

Molnár Lajos: Ami helyes, azt meg is kell tenni. Egészségbiztosítási Reform 2007-2009 Konferencia, Budapest, 2007. január 25-26.

Monostori Klára: A fekvőbeteg-szakellátás ellenőrzése. In: Egészségügyi Menedzsment. 2001. 3. évf. 1. sz.

Naidoo Jennie and Wills Jane: Health Promotion, Foundation for Practice. Baillière Tindall, Royal College of Nursing, Edinburgh, London, New York, Oxford, Philadelphia, St Louis, Sydney, Toronto 2000.

Németh György: Az egészségpénztár. In: Egészségügyi Gazdasági Szemle. 1999. 37. évf. 6. sz.

Népegészség, orvos, társadalom. Magyarország az ezredfordulón – Stratégiai kutatások a Magyar Tudományos Akadémián v. Az életminőség tényezői Magyarországon. Magyar Tudományos Akadémia, Budapest, 1998.

Népegészségtan. Szerkesztette: Dési Illés. Semmelweis Kiadó, Budapest, 1998.

Orosz Éva: Félúton vagy tévúton? Egészségünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái. Egészséges Magyarországért Egyesület. 2000.

Potter, Patricia - Perry, Anne G.: Az ápolás elméleti alapjai, Medicina Kiadó, Budapest. 1999.

Pulay Gyula: Közös ügyünk az egészségügy magánosítása. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, 2002.

Russel C. Swansburg, Philip W. Swansburg, Richard J. Swansburg: Guide to Financial Management. Aspen Publishers, Inc. 1988.

Semmelweis Ferenc: Egy demokratikus tévedés – az egészségügyi önkormányzat. Hungaromed: A korszerű kórház 2003. 2003. szeptember 30- október 1.

Semmelweis Ferenc: Korszerűsítési igények – lehetőségek. Hungaromed: A korszerű kórház 2003. 2003. szeptember 30- október 1.

Simon Kornél: XXI. század: a gyógyítás válsága? In: Orvosi Hetilap. – 2002. 143. évf. 5. sz.

Szánthó András: Gondolatok a járóbeteg ellátásról és annak privatizációjáról. In: Látület: 2000. 44. évf. 6. sz.

Szemerkenyi László: Rendelővásárlás és/vagy jogi garanciák, biztosítékok. Medicus Anonymus. 1997. 7. évf. 5 .sz. mell.

Szempontok az egészségügyi vállalkozások létrehozásához és az egészségügyi szolgáltatók privatizációjához. In: Magyar Orvos. 1998. 6. évf. 5. sz. 2. p. Magyarország, Népjóléti Minisztérium.

Szende Ágota – Dózsa Csaba – Janky Béla – Szívós Péter: A magyar egészségügy finanszírozásának tehermegoszlása. In: Egészségügyi Gazdasági Szemle. 2002. 40. évf. 3. sz.

Varga Imre – Kósa Mariann: Az egynapos sebészet bevezetésének szabályozása, lehetősége és hatása a magyar egészségügyben. In: Egészségügyi Gazdasági Szemle. 2000. 38. évf. 5. sz.

Varga Imre: Kényszerek és lehetőségek a járóbeteg szakellátásban. IME V. évfolyam 9. szám, 2006. november

Varga Imre: Rendszerelméleti kérdések és javaslatok a járóbeteg szakellátás privatizációja kapcsán. In: IME. 2004. 3. évf. 8. sz.

Várhelyi Krisztina – Nagy Júlia – Mikola István – Bognár Ilona – Géher Pál: Az egészségügyi rendszer finanszírozásának forrásai, makroösszefüggései. In: Egészségügyi Gazdasági Szemle. 2000. 38. évf. 3. sz.

2. Felhasznált internetes szakirodalom:

1) A települési önkormányzat. <http://www.bm.hu/onkorm/szervek/ii.html>;

2) Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat honlapja, http://efrira1.antsz.hu/portal/page?_pageid=240,38023&_dad=portal&_schema=PORTAL;

3) Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat honlapja, http://efrira1.antsz.hu/portal/page?_pageid=240,38023&_dad=portal&_schema=PORTAL;

4) Az Állami Számvevőszék jelentése egyes települési és helyi kisebbségi önkormányzatok pénzügyi-gazdasági tevékenységének 1998. évi ellenőrzési tapasztalatairól. http://209.85.135.104/search?q=cache:HZ6Enoxm_i4J:www.asz.gov.hu/ASZ/jeltar.nsf/0/65433CE5F791AD71C1256CB100449FBF%3FOpenDocument+telep%C3%BCI%C3%A9si+%C3%B6nkorm%C3%A1nyzat+tulajdonv%C3%A9delem&hl=hu&ct=clnk&cd=7&gl=hu;

5) Az állampolgári jogok országgyűlési biztosa és általános helyettese tevékenységének tapasztalatairól – OBH beszámoló az 1999. évi tevékenységről. http://www.obh.hu/allam/1999/3_13.htm;

6) Az egészségügyi minisztérium honlapja; http://www.eum.hu/index.php?akt_menu=2961;

7) Az Országgyűlés feladatai és hatásköre. Az Országháza. http://www.mkogy.hu/fotitkar/ogy_feladat/ogy_feladat.htm;

8) Betegjogok. Az egészségügyi ellátáshoz való jog. http://www.c3.hu/~etinfo/info2278/2278_08.html;

9) Dental Press: Az irányított betegellátási rendszerről; <http://dentalpress.dental.hu/dental-hirek/aktualis/2005/3/az-iranyitott-betegellatasi-rendszerrol>;

10) Dózsa Csaba: Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár az egészségbiztosítás tengerében. Tények és tévhitek a biztosítási reformról, Népszabadság Konferencia, Budapest, 2007. február 28., www.eum.hu;

11) Dr Molnár Zsuzsanna: A szakfelügyelet szerepe az ÁNTSZ egészségügyi igazgatási tevékenységében. <http://www.euuzlet.hu/ellatasihibak/2005/molnarzs.ppt>;

12) Egészségbiztosítási Felügyelet honlapja; <http://www.ebf.hu/>;

13) Egészségpolitika: Ellátásszervezés helyett térségi egészségfejlesztés. IME III. ÉVFOLYAM 6. SZÁM 2004. SZEPTEMBER. http://biloba.hu/ime/2004_10/20_22.pdf;

14) Egészségügyi ágazati portál;
http://agazat.eum.hu/eum/agazati.head.page?pid=DA_62161;

15) Égető Emese: Az egészségügyi szolgáltatások gazdasági kérdéseinek oktatása és kutatása.
<http://www.eco.u-szeged.hu/tudkozlemeny/pdf/2002/Egeto.pdf>;

16) Gaál Péter: Egészségügyi reform: problémák, okok és megoldási lehetőségek;
<http://www.nemzetierdek.hu/download/1/Gaal.pdf>;

17) Gecser Ottó – Váradi Péter: A több-biztosítós modell és az ellátó hálózat. Tények és tévhit a biztosítási reformról, Népszabadság Konferencia, Budapest, 2007. február 28.,
www.eum.hu;

18) Gógl Árpád: Merre tovább egészségügy? Magyar Szemle Online. Új Folyam XV.5 szám.
http://www.magyarszemle.hu/szamok/2006/5/merre_tovabb;

19) Gulácsi László: Hitek és tévhit az egészségbiztosítási biztosítói modellekről. Tények és tévhit a biztosítási reformról, Népszabadság Konferencia, Budapest, 2007. február 28.
HR Portal, <http://hrportal.hu/index.phtml?page=article&id=57991>;

20) InforMed: Az orvosi rehabilitáció kérdéseiről.
http://www.informed.hu/szakmai_oldalak/uj_eredmenyek__referatumok_/orvosi_rehabilitacio;

21) Józwiak-Hagymásy Judit – Dr. Hermann Dóra – dr. Udvaros István: Értékválasztás, prioritásképzés és rangsorolás a magyar egészségügyben. Egészségügyi Stratégiai Kutató Intézet, Budapest, 2006. május 15.
http://66.102.9.104/search?q=cache:svIPdvYCY5YJ:www.eski.hu/new3/politika/zip_doc_2006/prioritas.pdf+%22eg%C3%A9szs%C3%A9g%C3%BCgyi+szerepl%C5%91k%22&hl=hu&ct=clnk&cd=25&gl=hu;

22) Kincses Gyula: Javaslat a Regionális Egészségügyi Tanácsok létrehozására;
<http://www.eski.hu/new3/publ/eloadasok/2002/RET/index.htm>;

23) Kovácsy Zsombor: Az új Egészségbiztosítási Felügyelet feladatai a nem állami egészségbiztosítók vonatkozásában;
pszaf.hu/resource.aspx?ResourceID=pszafhu_biztkonf2007_kovacsyzs;

24) Lacó Bálint: Még mindig megoldásra vár a kistérségi forrásszabályozás.
www.terport.hu/download.php?ctag=download&docID=4844;

25) Lakossági egészségügyi információs portál; <http://drinfo.eum.hu/drinfo/>;

26) Magyarország.hu <http://www.magyarorszag.hu/segitseg/ugyfelkapu/szolgaltatasok3/oep>;

27) Miniszterelnöki Hivatal honlapja. <http://www.meh.hu/kormany>;

28) MTA Hírlevél 36/2007 (10.31.) <http://www.mta.hu/index.php?id=2929>;

29) Népszabadság: Ellátásszervezés: vegyes tapasztalatok; <http://www.nol.hu/cikk/319646>;

- 30) Nyugat-dunántúli Regionális Egészségügyi Tanács honlapja; <http://www.westpa.hu/nydret/>; Önkormányzati igazgatási szervek. <http://www.magyarorszag.hu/kozigazgatas/intezmenyek/onkig>;
- 31) Paál Zoltán: Lehetőségek és kérdések. Tények és tévhitek a biztosítási reformról, Népszabadság Konferencia, Budapest, 2007. február 28.; www.eum.hu;
- 32) Péteri János: Választani tudni kell. Tények és tévhitek a biztosítási reformról, Népszabadság Konferencia, Budapest, 2007. február 28., www.eum.hu;
- 33) Prof. Orosz Éva: Egészségbiztosítási modellek: nemzetközi trendek, hazai kihívások. http://www.egve.hu/download/orosz_eva_eloadasa.ppt;
- 34) Rácz Jenő: Több-biztosító: gyógyszer vagy pótszer. Tények és tévhitek a biztosítási reformról, Népszabadság Konferencia, Budapest, 2007. február 28., www.eum.hu;
- 35) Ráczné dr. Lehoczky Zsuzsanna: Az ellátási kötelezettségről. http://www.allamreform.hu/letoltheto/szocialis_ugyek/hazai/Raczne_dr_Lehoczky_Zsuzsa_Az_ellatasi_kotelezettsegrol.pdf;
- 36) Repa Imre: Biztosan ezt akartuk? Tények és tévhitek a biztosítási reformról, Népszabadság Konferencia, Budapest, 2007. február 28., www.eum.hu;
- 37) Sashalmi Judit: A többcélú kistérségi társulások modellkísérletének tapasztalatai. <http://www.otk.hu/cd04/4szek/Sashalmi%20Judit.htm>;
- 38) Simon Tamás: Kiszolgáltatottból kiszolgált helyzetbe. Tények és tévhitek a biztosítási reformról, Népszabadság Konferencia, Budapest, 2007. február 28., www.eum.hu;
- 39) Sinkó Eszter – Dr. Evetovits Tamás: A magyar irányított betegellátási modellkísérlet jelentősége és értékelése; <http://www.eski.hu/new3/publ/eloadasok/2002/3evet/sld020.htm>;
- 40) Sinkó Eszter: Az ellátásszervezői modellekben rejlő lehetőségek. Tények és tévhitek a biztosítási reformról, Népszabadság Konferencia, Budapest, 2007. február 28., www.eum.hu;
- 41) Studniczky Ferenc: Egészségpénztárak és az új egészségügy. Tények és tévhitek a biztosítási reformról, Népszabadság Konferencia, Budapest, 2007. február 28. www.eum.hu;
- 42) Szabó Lajos: A megyei önkormányzatok. Municipium Magyarország Alapítvány. <http://www.vaskozig.helyinfo.hu/domain2/files/modules/module15/25090A79E8E49BCD.pdf> ;
- 43) Szalkai Zsuzsanna: A kórházi gyógyszerellátás aktuális jogszabályi háttéréről. <http://www.datanet.hu/pharma/phorient/115/115szalkai.htm>;
- 44) Szánthó András: Gondolatok a biztosítási reform vitáról. Tények és tévhitek a biztosítási reformról, Népszabadság Konferencia, Budapest, 2007. február 28., www.eum.hu
- 45) Sztrilich András – Dr. Balázs Péter: Az egészségügyi igazgatás és közszolgáltatás múltbeli kapcsolata, valamint lehetséges fejlődési irányai hazánkban; http://www.sze.hu/etk/_konferencia/publikacio/Net/eloadas_sztrilich_balazs.doc;

46) Torjákné Amberger Teréz: A verseny lehetőségei és korlátai a szabályozott egészségügy piacain (egy modellváltáskor figyelembe veendő szempontok) Gazdasági Versenyhivatal – Szolgáltatási Iroda, Tények és tévhitek a biztosítási reformról, Népszabadság Konferencia, Budapest, 2007. február 28., www.eum.hu;

47) Útmutató és segédlet a Regionális Egészségügyi Tanácsok részére; <http://www.medinfo.hu/new3/politika/regios/utmutato-ret.doc>

3. Felhasznált fontosabb jogszabályok gyűjteménye:

- 1) A Magyar Köztársaság Alkotmányáról szóló 1949. évi XX. törvény;
- 2) Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény;
- 3) A helyi önkormányzatokról szóló 1990. évi LXV. törvény;
- 4) Az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény;
- 5) A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény;
- 6) 1997. évi LXXX. törvény a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről, egységes szerkezetben a végrehajtásáról szóló 195/1997. (XI. 5.) Korm. rendelettel;
- 7) 2006 évi CXVI törvény az egészségbiztosítás hatósági felügyeletéről;
- 8) Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény;
- 9) 2006. évi XCVII. törvény az egészségügyben működő szakmai kamarákról;
- 10) 2003. évi LXXXIII. törvény a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamaráról;
- 11) Az egészségügyi tevékenység végzéséről szóló 2003. évi LXXXIV. törvény;
- 12) 18/2000 (II. 25.) Kormány rendelet a háziiorvosi működtetési jog megszerzéséről és visszavonásáról, valamint a háziiorvosi tevékenységhez szükséges ingó, ingatlan vagyon és működtetési jog megszerzésének hitelfeltételeiről
- 13) 47/2004. (v. 11.) ESzCsM rendelet az egészségügyi ellátás folyamatos működtetésének egyes szervezési kérdéseiről;
- 14) a 27/1992. (IX. 26.) NM rendelet a betegek beutalásának szakmai rendjéről;
- 15) az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet;

- 16) 41/2007. (III. 13.) Korm. rendelet az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény végrehajtásával kapcsolatos egyes finanszírozási, szerződéskötési és eljárási kérdésekről;
- 17) 317/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet az Országos Egészségbiztosítási Pénztárról;
- 18) 361/2006. (XII. 28.) Korm. rendelet az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény végrehajtásáról;
- 19) 54/2006. (XII. 29.) EüM rendelet a szakellátási kapacitások felosztásának szempontjairól és a szakellátási elérési szabályokról;
- 20) 287/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet a várólista alapján nyújtható ellátások részletes szabályairól;
- 21) 365/2006. (XII. 28.) Korm. rendelet az egészségbiztosítási felügyeleti hatóság kijelöléséről;
- 22) 45/2006. (XII. 27.) EüM rendelet a várólista-sorrend kialakításának és az eltérés lehetőségének egészségügyi szakmai feltételeiről;
- 23) 47/2006. (XII. 27.) EüM rendelet az egyes főbb betegcsoportok finanszírozási eljárásrendjének kidolgozása, szerkesztése és szakmai egyeztetése lefolytatásának egységes szabályairól;
- 24) 47/2004. (V. 11.) ESzCsM rendelet az egészségügyi ellátás folyamatos működtetésének egyes szervezési kérdéseiről;
- 25) 40/2004. (IV. 26.) ESzCsM rendelet az egészségügyi tevékenység végzéséhez szükséges egészségi alkalmasság vizsgálatáról és minősítéséről;
- 26) 50/2002. (III. 26.) Korm. rendelet az egészségügyi szakellátási kapacitásmódosítások szakmai feltételeiről, eljárási rendjének és az új szolgáltatók befogadásának szabályairól;
- 27) 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről;
- 28) 15/2005. (V. 2.) EüM rendelet az egészségügyi szolgáltatók szakmai felügyeletéről;
- 29) 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről
- 30) 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól, egységes szerkezetben a végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelettel;
- 31) 331/2005. (XII. 29.) Korm. rendelet az irányított betegellátási rendszerről;
- 32) 284/1997. (XII. 23.) Korm. rendelet térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról

4. Alkotmánybírósági határozatok:

- 1) 64/1991. (XII. 17.) AB határozat;
- 2) 64/1993. (XII. 22.) AB határozat, ABH 1993, 373., 380.;
- 3) 44/1995. (VI. 30.) AB határozatában (ABH 1995, 205-206.);
- 4) 45/1995. (VI.30.) AB határozat ABH 1995, 210.
- 5) 56/1995. (IX. 15.) AB határozat, ABH 1995, 260.
- 6) 77/1995. (XII.21.) AB határozat;
- 7) 54/1996. (XI.30.) AB határozat;
- 8) 37/2000. (X. 31.) AB határozat;

